

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul COUINAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DE QUELQUES INDICATIONS

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

EN DEHORS DU RÉTRECISSEMENT DU BASSIN
ET DES TUMEURS

Président : M. COUVELAIRE, professeur

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 27

PARIS 4919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	P. POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	N.
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	Dr LAPPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GULLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCOQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON FILS JEAN

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

Mon premier maître en Obstétrique

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

1908. MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN
1909. MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Internat provisoire :

1910. M. LE PROF. GAUCHER (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Internat :

1911. M. LE PROF. AGRÉGÉ LEPAGE (*in memoriam*)
1912. MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN
1913. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI
1914. M, LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER

A MM. LES DOCTEURS ENRIQUEZ, RUDAUX,
LAPOINTE, PROUST, LECÈNE, BAUMGART-
NER, DUJARIER, SAUVAGE (*in memoriam*),
LÉ LORIER



Digitized by the Internet Archive
in 2025

INTRODUCTION

Depuis quelques années la chirurgie obstétricale a fait de tels progrès, les succès obtenus par les sections césariennes ont été si encourageants qu'il a été permis d'étendre les indications d'une opération qui fut pendant longtemps une opération d'exception. Laissant de côté les rétrécissements du bassin, pour lesquels la césarienne est pratiquée dans des conditions bien déterminées, laissant de côté également les cas où la section utérine est nécessitée par l'existence d'une tumeur utérine ou juxta-utérine empêchant l'accouchement par les voies naturelles, nous avons essayé d'étudier d'autres indications plus rares et de ce fait plus discutables.

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre maître, M. le professeur agrégé Lepage, à la mémoire duquel nous tenons à rendre ici un respectueux hommage.

Quand nous avons eu l'honneur d'être son interne en 1911 et en 1913, il nous a souvent entretenu de ses idées sur la césarienne.

Nous avons pu lui montrer un plan de notre travail qu'il a bien voulu approuver avant d'être enlevé

à l'affection de ses élèves ; nous espérons avoir profité de son enseignement. Notre maître, M. le professeur agrégé Potocki a bien voulu être notre guide ; nous avons emprunté à ses travaux, à ses nombreux documents hospitaliers et à son expérience personnelle le meilleur de notre étude ; nous l'en remercions bien vivement.

Nous nous excusons de n'avoir pu faire un travail aussi complet que nous l'aurions voulu ; notre long éloignement des centres hospitaliers obstétricaux imposé par les circonstances actuelles ne nous l'a pas permis.

Nous tenons à remercier M. le professeur Couvelaire d'avoir bien voulu s'intéresser à notre thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence.

ETUDE DE QUELQUES INDICATIONS
DE
L'OPÉRATION CÉSARIENNE
EN DEHORS DU RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN
ET DES TUMEURS

CHAPITRE PREMIER

Généralités.

Il a été longtemps admis que l'opération césarienne n'a d'indications que lorsqu'il y a obstacle mécanique à la sortie du fœtus, c'est-à-dire et surtout dans les cas de rétrécissement du bassin.

Le rétrécissement du bassin reste encore l'indication principale de la section utérine, mais les améliorations successives qui ont été apportées à la technique opératoire, les progrès réalisés d'une manière générale en chirurgie et dont ont bénéficié les opérations obstétricales, permettent d'étendre un peu les indications de la section utérine ; cependant il ne faut pas oublier que les statistiques donnent encore une mortalité maternelle de 6 à 7 pour 100, de 4 pour 100 dans les cas les plus favorables, et il faut conserver une grande prudence dans le choix des indications de la césarienne.

M. Potocki, dans une communication à la Société d'Obstétrique (octobre 1908), donnait, sur les indications de la césarienne et sur leur extension, des idées que nous nous permettons de reproduire, car il ne peut y avoir de meilleure préface pour notre travail.

Il écrivait textuellement : « Il y a lieu d'étendre les indications de l'opération césarienne à certains accidents du travail mettant la vie de l'enfant en danger ; il y a lieu également de substituer l'opération césarienne à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, lorsque cette extraction comporte un pronostic grave pour l'enfant. Dans l'état actuel de l'obstétrique, il paraît être sage cependant de réserver ces interventions aux femmes qui expriment nettement le désir d'avoir un enfant vivant. En formulant ces propositions, je ne pense pas m'exposer au reproche de témérité irréfléchie.

Ce qui peut aujourd'hui, à un premier examen, choquer les esprits, semblera probablement dans quelques années, absolument rationnel.

J'estime, en tout cas, qu'il ne s'agit pas d'un saut dans l'inconnu mais bien de la poursuite d'une évolution dont nos maîtres nous ont tracé la voie et dans laquelle nous nous engageons à notre tour pour en parcourir une nouvelle étape ».

La question se trouvait donc, dès cette époque, bien nettement posée.

Avons-nous le droit et le devoir de donner à la césarienne des indications relatives ?

Les indications de l'opération césarienne peuvent-

elles se trouver réalisées dans certains cas particuliers, moins graves sans doute pour la mère que les rétrécissements du bassin, mais où l'enfant court des risques certains ?

A toutes ces questions, les accoucheurs ont cherché une réponse et beaucoup ont fait des réserves sur l'opportunité de l'opération dans de pareils cas.

Ces indications relatives de la césarienne que nous nous proposons d'étudier sont nombreuses ; nous nous défendons toutefois de les étendre trop loin.

Les risques maternels dans l'opération césarienne, bien qu'ayant diminué déjà dans de très fortes proportions et diminuant chaque jour par le perfectionnement de la technique opératoire, existent encore.

Mais ce n'est pas seulement la connaissance des risques courus par la mère qui nous amènera à formuler des réserves, c'est aussi le danger incontestable que crée la césarienne pour les grossesses ultérieures ; elle mène plus ou moins rapidement à la stérilisation.

Elle mène à la stérilisation fatale à plus ou moins brève échéance, d'une part, parce qu'elle crée une cicatrice utérine, d'autre part parce que les risques d'infection autogène ne permettent pas toujours de conserver l'utérus.

M. le professeur Couvelaire, dans son rapport à la Société obstétricale de France (session d'octobre 1909) a pu dire : « Plus grave qu'une opération d'exérèse dans ses suites immédiates, la césarienne ne doit être pratiquée que dans des cas sélectionnés

avec soin. La césarienne conservatrice laisse après elle une tare cicatricielle inévitable et ne peut donc en toute certitude sauvegarder indéfiniment la fonction qu'elle veut conserver ».

Nous ne saurions trop insister sur les dangers que fait courir à la femme cette cicatrice utérine, zone de moindre résistance qui peut devenir, lors d'une grossesse ultérieure, l'amorce d'une rupture et qui oblige, à plus ou moins brève échéance, à pratiquer l'hystérectomie.

Mais ne peut-on entrevoir, encouragé par les progrès observés chaque jour, un avenir où une technique plus rigoureuse encore dans ses procédés, plus satisfaisante dans ses résultats, permettra d'obtenir une cicatrice parfaite, conservant au muscle utérin toute sa valeur fonctionnelle ?

La diminution du chiffre de mortalité maternelle, l'atténuation des risques que fait courir à la femme l'existence d'une cicatrice utérine, ne nous conduiront-elles pas à chercher à la césarienne des indications plus étendues ?

CHAPITRE II

Plan.

Nous diviserons de la façon suivante l'étude des indications de la césarienne que nous envisageons.

I. — *Indications maternelles.*

1° Indications créées par une opération antérieure pratiquée sur l'utérus (hystéropexie, amputation du col, etc..)

2° Césariennes nécessitées par un retrécissement du vagin.

3° Césariennes nécessitées par une malformation utérine.

4° Césariennes pratiquées comme traitement prophylactique de la rupture imminente de l'utérus.

5° Césariennes nécessitées par une maladie de la mère (éclampsie, cardiopathies, crises asphyxiques, césariennes *post mortem*, etc.).

II. — *Indications fœtales.*

1° Excès de volume du fœtus ;

2° Souffrance du fœtus ;

3° Présentations vicieuses.

III. — *Indications annexielles.*

- 1° Insertion basse du placenta ;
- 2° Hémorragie rétro-placentaire ;
- 3° Procidence du cordon.

CHAPITRE III

Opérations césariennes nécessitées par une opération antérieure sur l'utérus.

1° *Hystéropexie.*

L'opération césarienne a été pratiquée dans un certain nombre de cas où la dystocie était due à la ventrofixation de l'utérus.

M. Oui dans son rapport au Congrès d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Rouen (1904) à réuni un certain nombre de faits de cette nature, où la dystocie était créée par l'hystéropexie abdominale haute.

Routh (*British. med. Journ.*, janvier 1911) a rassemblé 8 observations de césariennes pratiquées dans ce cas, toutes avec succès. Il conclut que quand la dystocie est due à la ventrofixation, on peut arriver à avoir l'enfant vivant au moyen de l'opération césarienne avec peu de risques pour la mère, même quand on a auparavant tenté la délivrance par d'autres moyens.

M. Lepage a publié dans les *Annales de Gyn. et d'Obst.* (1917) une observation du même genre.

Sans vouloir discuter la valeur des différentes

méthodes d'hystéropexie, on peut conclure en rappelant le danger de l'hystéropexie abdominale haute chez la femme jeune et les services que rend l'opération césarienne quand la dystocie existe de ce fait.

2° *Amputation du col.*

L'amputation du col, selon le procédé dit « opération de Schröder » laisse après elle une cicatrice qui opposant, dans certains cas, à la dilatation un anneau rigide, peut devenir un obstacle à l'accouchement.

Nous étudierons ultérieurement les cas où l'opération césarienne est rendue nécessaire par cette rigidité cicatricielle du col.

OBSERVATION I (1)

(M. Lepage.)

Dystocie par hystéropexie abdominale *Opération césarienne. — Hystérectomie*

Mme X..., trente et un ans, entre à la Maternité de Boucicaut le 12 novembre 1914, parce qu'elle a perdu les eaux dans la nuit du 11 au 12 novembre. Enceinte pour la troisième fois, elle est accouchée en 1902 d'un garçon qui, élevé au sein, est actuellement vivant. L'accouchement a duré trois jours, mais a été spontané.

Elle a présenté probablement des suites de couches pathologiques, car à partir de ce moment, elle a des douleurs dans

1. Observation déjà publiée (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1917).

le ventre. Elle a dit avoir été opérée en novembre 1903 pour une appendicite.

En 1907 une grossesse évolue normalement ; le travail dure cinq heures et se termine par l'accouchement facile d'un garçon, actuellement vivant.

Grossesse actuelle : D. R. du 29 janvier au 3 février 1914. A l'entrée de la femme, on constate que l'utérus est surtout développé transversalement ; le palper est très difficile en raison de la dureté de la paroi utérine, qui est fortement rétractée.

On peut cependant mesurer l'utérus sur une hauteur de 37 centimètres à partir de la symphyse ; mais il semble bien que la partie la plus élevée de l'utérus accessible appartient à la face postérieure.

La paroi abdominale présente, dans la région hypogastrique, une cicatrice assez résistante qui paraît adhérente à la paroi utérine. Cette cicatrice à 7 centimètres de hauteur.

M. Lepage pense que très probablement, il y a eu fixation de l'utérus à la paroi abdominale, bien que cette femme n'ait pas eu la notion de cette intervention.

Dans la nuit du 15 novembre, la femme a des douleurs assez accentuées ; le palper indique nettement une présentation de l'épaule ; bruits du cœur bons.

Au toucher, du côté droit, on sent, haut, une paroi utérine donnant la sensation d'épaississement kystique ; cette partie de l'utérus incurvée dans la partie haute du bassin donne presque la sensation d'une tumeur développée à côté du col, qui est à gauche, très élevé, difficilement accessible. Il est impossible, par le toucher et le palper combinés, d'imprimer des mouvements se transmettant du corps de l'utérus au col.

Les bruits du cœur sont perçus un peu au-dessous de l'ombilic et à droite de la ligne médiane.

Faut-il se contenter de l'expectation ou procéder à l'extraction du fœtus par voie abdominale ? Attendre c'est exposer la femme à des dangers d'infection et surtout de rupture utérine ; il n'y a pas de chances que l'accouchement se fasse spontanément.

Opération le 15 novembre 1916 (M. Lepage). — Incision de la paroi. Extériorisation de l'utérus qui est développé transversalement. Incision de la paroi utérine, épaisse. Extraction du fœtus du poids de 3 kgr. 900 né en état de mort apparente, facilement ranimé, qui présente des malformations des pieds et des mains.

Hystérectomie selon le procédé habituel. Fermeture sans drainage.

L'utérus présente sur sa face antérieure des adhérences dont la limite supérieure se trouve au niveau de l'insertion des ligaments ronds sur l'utérus.

CHAPITRE IV

Opérations césariennes pour rétrécissements du vagin

L'opération césarienne a été pratiquée dans certains cas de rétrécissement du vagin.

Rappelons rapidement que la sténose vaginale peut être *congénitale* ou *acquise*.

La résistance exagérée de l'hymen ou les cloisonnements transversaux du vagin qui présentent un orifice central n'empêchent généralement pas l'accouchement ; en tout cas l'incision par voie vaginale est toujours suffisante.

Cependant il existe des formes de *rétrécissements congénitaux* où le vagin est rétréci sur presque toute son étendue, mais la grossesse a généralement une influence heureuse sur ces rétrécissements ; les parois vaginales deviennent plus molles et l'accouchement spontané peut se produire. Treub (1) donne une statistique de Müller qui sur 38 cas recueillis a observé 13 accouchements spontanés et 25 interventions purement obstétricales ; une seule fois l'opération césarienne fut nécessaire.

1. In *Traité d'obstétrique de Bar*.

Le rétrécissement acquis est beaucoup plus grave au point de vue de l'avenir obstétrical de la femme.

C'est un rétrécissement cicatriciel qui peut reconnaître des causes mécaniques, telles que des brûlures ou des déchirures anciennes, ou bien qui peut être consécutif à une maladie infectieuse ; on l'a observé après la variole (Tarnier), il peut être syphilitique, blennorragique.

Ce rétrécissement ne subit aucune modification du fait de la grossesse, c'est ce qui fait la gravité de l'accouchement chez les femmes atteintes de cette malformation.

La mortalité maternelle est de 43 o/o d'après M. Brindeau (1).

La conduite à tenir dépend du degré de sténose.

Si le rétrécissement est peu serré, si ses connexions avec les organes voisins, vessie ou rectum, sont bien établies, il faut pratiquer l'intervention par voie basse, dilatation et incisions.

Mais si le rétrécissement est très serré, s'il occupe toute la hauteur du canal vaginal, si l'on ignore les relations du diaphragme vaginal avec la vessie et le rectum, il faut pratiquer l'opération césarienne au début du travail.

L'opération césarienne doit-elle être conservatrice ou mutilatrice ?

Tout dépend encore du degré de rétrécissement.

Si le rétrécissement est très serré, il vaut mieux

1. In *Traité d'obstétrique de Bar.*

faire suivre la césarienne d'une hystérectomie ; d'une part pour éviter la rétention lochiale, d'autre part pour ne pas exposer la femme à des accidents qui peuvent être graves lors d'une nouvelle grossesse.

Sur 24 opérations césariennes conservatrices, la mortalité a été de 41 0/0, sur 19 mutilatrices de 26 0/0 (1).

M. Potocki a pratiqué plusieurs opérations césariennes pour des rétrécissements du vagin.

Une de ces observations est particulièrement intéressante, car elle prouve que malgré la longue durée du travail et l'engagement de la tête, la sténose vaginale n'a pas cédé.

OBSERVATION II

Femme de trente-quatre ans, I-pare, *ayant un rétrécissement congénital du vagin*, sous forme de diaphragme extrêmement serré, à bords épais, situé à 4 centimètres environ de la vulve et permettant à peine le passage du petit doigt.

Au-dessus de cet orifice on devinait plutôt qu'on ne sentait le col utérin.

Le travail s'établit au terme de la grossesse le 24 septembre 1902 ; l'enfant se présentait par le sommet en G. A.

Au bout de vingt-quatre heures, le col utérin nettement perceptible était seulement dilaté comme 1 franc et au-dessous de lui on sentait le diaphragme vaginal dur et inextensible.

Les membranes sont rompues, mais la tête ne progresse

1. Treub, in *Traité obstétrique de Bar.*

pas dans les heures qui suivent, car le diaphragme vaginal, sur lequel elle appuie pourtant, ne s'ouvre pas.

26 septembre. — La femme est en travail depuis quarante-huit heures sans que les choses aient avancé : il faut terminer l'accouchement artificiellement.

M. Potocki renonce à pratiquer des incisions sur le diaphragme vaginal de peur qu'au moment du passage de l'enfant, elles ne s'agrandissent et ne s'étendent à la vessie et au rectum. Il se décide pour l'opération césarienne qu'il fait suivre de l'amputation utéro-ovarique.

La femme guérit sans incidents et allaite son enfant (observation publiée dans les *Bulletins de la Soc. Obst. Gyn. et Péd.*, juillet 1908).

Entre autres observations, citons encore les deux césariennes pratiquées pour sténoses congénitales du vagin par M. Pozzi et par M. Hartmann.

Les indications étaient dans les deux cas l'existence d'un rétrécissement très serré du vagin qui, sur une longueur de plusieurs centimètres, était absolument rigide et inextensible.

Dans les deux cas, l'opération césarienne, qui permit l'extraction d'un enfant vivant, fut suivie d'une hystérectomie.

(Ces deux observations ont été publiées dans les *Bulletins de la Soc. Obst. Gyn. et Péd.*, juillet 1908).

CHAPITRE V

Opérations césariennes pour malformations utérines

L'indication d'opération césarienne se trouve rarement posée en cas de malformation utérine.

Les malformations très accentuées ne sont pas compatibles avec une grossesse à terme. La forme la plus intéressante, la grossesse dans une *corne rudimentaire*, ressemble cliniquement à une grossesse ectopique et doit être traitée comme telle.

Les utérus à *cloison complète* créent une prédisposition à l'avortement ou à l'accouchement prématuré; en tout cas, le travail est normal, sauf des cas rares d'inertie utérine.

Il en est de même dans les *utérus doubles*.

L'utérus à *cloison incomplète* a un intérêt obstétrical plus grand; l'existence de cette cloison favorise les présentations vicieuses et peut devenir un obstacle à l'accouchement.

Nous en rapportons une observation; on remarquera la difficulté des accouchements précédents, les risques courus par la femme pendant ses précédentes

grossesses, les mauvais résultats obtenus au point de vue fœtal.

Toutes ces conditions ont pleinement justifié l'opération césarienne.

OBSERVATION III

*Malformation utérine. — Opération césarienne
suivie d'hystérectomie (M. Potocki).*

A. G..., trente-six ans, V-pare.

I. 1906 à terme, à Beaujon. Embryotomie.

II. 1907 à sept mois et demi. Accouchement provoqué.
Enfant mort né.

III. 1908 à sept mois et demi. Accouchement provoqué.
Enfant élevé au sein. Mort à treize mois de méningite.

IV. 1914 à terme, à la Pitié. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Enfant mort. Délivrance artificielle.

Au cours de la délivrance on avait constaté que la corne utérine gauche était très développée, d'un développement bien supérieur à celui de la corne utérine droite.

V. Grossesse actuelle. Dernières règles du 25 au 30 juin 1916.

Consulte pour la première fois le 10 mars. Est admise à Saint-Antoine.

10 mars. — Examen de M. Potocki.

Malformation utérine. Utérus bicorne développé transversalement (42 cm.) H. U. sur la ligne médiane, 30 centimètres. H. U. corne droite, 29 centimètres. H. U. corne gauche, 39 centimètres.

Tête dans la corne utérine droite, dos en avant. Bruits du cœur perçus au niveau de l'ombilic.

Au toucher, pas de partie fœtale accessible.

30 mars, 8 heures. — Rupture spontanée des membranes. Pas de contractions utérines. Bruits du cœur bons.

10 heures. — Opération césarienne par M. Potocki.

A l'ouverture du ventre, on constate que l'utérus a une forme irrégulière, présentant un grand développement à gauche.

L'incision utérine est faite sur la face antérieure de la corne gauche ; on tombe immédiatement sur le placenta, qui est décollé à la main ; l'œuf est extrait en bloc.

Hystérectomie abdominale subtotale.

Fermeture sans drainage.

Garçon vivant ayant crié de suite, du poids de 3.720 gr. Placenta du poids de 800 grammes.

En examinant l'utérus on sent une cloison en forme d'épé-ron, de l'épaisseur d'un doigt, séparant la portion droite de la gauche, mais laissant les deux portions communiquer entre elles.

Les suites opératoires furent normales.

La femme quitte la Maternité avec son enfant, en bon état l'un et l'autre, le 22 avril.

CHAPITRE VI

Opération césarienne comme traitement prophylactique de la rupture imminente de l'utérus.

La rupture utérine est une complication extrêmement grave ; elle se termine le plus souvent par la mort, conséquence du shock, de l'hémorragie ou de l'infection consécutive.

Ce pronostic varie d'ailleurs suivant le traitement institué et si la rupture utérine, abandonnée à elle-même, se termine fatalement par la mort, l'intervention précoce peut sauver quelques femmes.

La mortalité maternelle, même dans ce cas, est encore de 77 o/o.

La mortalité fœtale est plus élevée encore. Il y a donc un intérêt capital pour la mère et pour l'enfant à prévoir la rupture utérine et à instituer à l'avance le seul traitement qui permette, quand elle est menaçante, de l'éviter, c'est-à-dire vider l'utérus en pratiquant l'opération césarienne.

Quels sont les symptômes qui permettent de considérer la rupture utérine comme imminente ?

Il s'agit le plus souvent d'une multipare présen-

tant une cause de dystocie quelconque, un rétrécissement du bassin, et en travail depuis longtemps déjà, sauf de rares exceptions.

La femme accuse des douleurs violentes et manifeste une envie irrésistible de pousser, bien que la présentation n'appuye pas sur le plancher pelvien.

Au palper, « on sent la partie fœtale qui se présente au niveau du détroit supérieur très superficielle et recouverte par une faible épaisseur de tissu utérin, tandis que le corps très épais est remonté et l'on sent, à l'union du corps et du segment inférieur, un bourrelet saillant constitué par l'anneau de contraction qui est situé très haut aux environs ou au-dessus de l'ombilic » (Brindeau) (1).

Souvent les symptômes sont moins nets et le diagnostic plus difficile ; aussi, en présence d'une femme ayant une cause quelconque de dystocie, doit-on surveiller attentivement l'utérus.

Le diagnostic étant posé, la rupture de l'utérus paraissant imminente, quel sera le traitement ?

Comme M. Potocki l'a montré depuis longtemps déjà, le seul traitement possible consiste à vider l'utérus en pratiquant l'opération césarienne abdominale.

Après l'extraction du fœtus, on fera un examen très attentif de la paroi utérine et si elle ne paraît pas absolument intacte, on pratiquera l'hystérectomie.

1. In *Traité d'obstétrique de Bar.*

CHAPITRE VII

Opérations césariennes nécessitées par la rigidité du col

Sous le nom de rigidité du col on désigne des états anatomiques divers qui s'opposent à sa dilation.

1° La rigidité du col peut être *primitive* ; il en est deux types bien connus, la *rigidité cicatricielle* et la *rigidité syphilitique*.

La rigidité cicatricielle reconnaît pour cause les cicatrices provenant d'une amputation du col ou produites par des incisions sur cet organe ; la rigidité syphilitique reconnaît pour cause une ulcération primaire ou une ulcération secondaire diffuse ;

2° La *rigidité secondaire* se produit au cours du travail et elle est particulièrement intéressante, à cause des difficultés qui se présentent dans le choix d'une thérapeutique. Les accoucheurs connaissent peu de problèmes dont la solution offre plus de difficultés.

Elle apparaît lorsque, dans un rétrécissement du bassin, il y a rupture prématurée des membranes et que la tête reste au-dessus du détroit supérieur ; on voit alors le col s'arrêter dans sa dilation, s'œdéma-

tier, s'infiltrer, devenir rigide ; cet œdème du col est en rapport avec l'infection, ainsi qu'on a pu histologiquement le constater.

Quelle sera la conduite à tenir dans ces différents cas ?

1^o Dans la *rigidité primitive* du col, cicatricielle ou syphilitique, l'indication d'opération césarienne pourra être posée.

Parfois elle s'imposera d'emblée, quand la sténose cicatricielle du col est telle que l'accouchement par les voies naturelles apparaît manifestement impossible.

Mais, dans un grand nombre de cas, il faudra attendre, en suivant attentivement la marche du travail.

L'état du col devra souvent être vérifié pour suivre les progrès de la dilatation, l'auscultation fréquemment pratiquée. Si la dilatation reste stationnaire, si, par les constatations faites, on acquiert la conviction que le col utérin est et restera un obstacle infranchissable, il faut intervenir.

Les modifications des bruits du cœur fœtal viendront encore, par leur apparition, hâter la décision.

Que faudra-t-il faire ?

La dilatation du col n'est pas à tenter ; la dilatation lente est inefficace, la dilatation brusque est dangereuse.

Des *incisions du col* peuvent être pratiquées ; c'est un procédé un peu aveugle, même si l'on a soin de les faire jusqu'au delà du tissu cicatriciel.

L'hystérotomie vaginale, opération mieux réglée, peut trouver dans ce cas son application et Wilhelm (Thèse de Paris, 1913) a réuni un certain nombre d'observations en faveur de ce procédé.

En réalité, tout dépend de *l'état du segment inférieur* et, et comme le fait remarquer M. Demelin, il est fréquent que la rigidité ne soit pas limitée au col ; les tissus voisins et le segment inférieur participent aux altérations qui diminuent l'élasticité du col.

L'extension du processus cicatriciel au segment inférieur est une contre-indication absolue pour toute opération par voie basse, incisions du col ou hystérotomie vaginale.

L'opération césarienne abdominale sera donc la seule à pratiquer dans ce cas ; ce sera la seule indiquée aussi quand il y a menace de rupture utérine.

2° *La rigidité secondaire* du col n'est jamais justifiable de l'opération césarienne ; nous avons vu que cet œdème du col, qui devient un obstacle à l'accouchement, témoigne de l'infection utérine qui en est la cause.

Est-il besoin de dire que dans bien des cas, le fœtus est mort ?

Par conséquent, l'opération césarienne n'est pas indiquée ; la seule intervention rendue quelquefois nécessaire et qui peut sauver une situation très compromise, quand elle est pratiquée à temps, c'est l'hystérectomie.

OBSERVATION IV

Césarienne abdominale pour cicatrices du col utérin.

Hystérectomie subtotale.

S. M..., trente-quatre ans, II-pare.

Première grossesse en 1903. Accouchement à terme. Application de forceps. Enfant mort. Le travail aurait duré cinq jours. Accidents infectieux dans le post-partum, qui ont duré plus de trois mois.

Deuxième grossesse. Grossesse actuelle. Dernières règles du 24 au 30 juin 1912.

Admise à la Maternité de la Pitié le 25 mars.

Examen de M. Potocki : Grossesse au neuvième mois. Sommet qui s'engage. Bruits du cœur perçus. Col cicatriciel.

27 mars. — Rupture spontanée des membranes. A l'examen, col long, perméable à un doigt. Tissu cicatriciel à droite et à gauche ; le col forme un canal inextensible.

Pas de contractions utérines douloureuses.

27 mars, 21 h. — Opération césarienne par M. Potocki : Incision de la paroi sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus et protection des anses intestinales.

Incision transversale sur le fond de l'utérus. Extraction d'un enfant du poids de 2.880 grammes, qui respire aussitôt.

Hystérectomie subtotale selon le procédé habituel.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Les suites opératoires ont été normales et la malade, qui allaite son enfant, quitte la Maternité le 19 avril.

CHAPITRE VIII

L'opération césarienne dans l'éclampsie

Un certain nombre d'auteurs, dans le but de hâter l'accouchement chez les éclamptiques, ont proposé de pratiquer l'opération césarienne.

Encouragés par les théories placentaires de l'éclampsie, ils ont pensé qu'il y avait intérêt à évacuer le contenu de l'utérus dès qu'il était possible de le faire, en sauvegardant la vie de la mère et de l'enfant, c'est-à-dire en pratiquant l'opération césarienne.

C'est l'école allemande surtout qui a essayé de donner à ces idées toutes théoriques une application pratique.

Halberstma fit en 1878 la première césarienne chez une éclamptique. En 1892 Dührssen réunissait 11 cas semblables.

Péterson dans un travail d'ensemble (*Amer. Journ. of Obstetries*, juillet 1911) a réuni 530 observations de césariennes dans l'éclampsie, presque toutes allemandes.

Wilhelm dans sa thèse (Paris 1913) donne 6 ob-

servations de césariennes vaginales pratiquées dans le service de M. le professeur Bar.

De l'analyse des chiffres donnés dans ces différentes statistiques, il résulte que les résultats sont peu encourageants.

D'ailleurs, il y a une certaine contradiction entre les différents chiffres donnés.

Tandis que les partisans de la thérapeutique chirurgicale accusent avec Fromme une mortalité de 9 o/o seulement, avec Ferri de 7 o/o, avec Dührssen de 15 o/o, les abstentionnistes publient des statistiques beaucoup moins favorables pour les cas où ils sont intervenus.

Zincke a une mortalité de 36 o/o qu'il oppose à la mortalité de 15 o/o obtenue dans les cas où la thérapeutique médicale a été employée.

La césarienne vaginale semble avoir donné de meilleurs résultats, la mortalité maternelle étant de 23 o/o d'après Pétersen, tandis que dans la césarienne abdominale elle est de 51 o/o.

Mais il ne nous semble pas, actuellement, que l'éclampsie soit une indication à l'opération césarienne.

La thérapeutique médicale employée à temps et assez énergiquement suffit dans un grand nombre de cas à faire cesser les convulsions ; il est bien entendu que, dès que la dilatation le permettra, l'accouchement sera terminé aussi rapidement que possible par une application de forceps. L'application de ballons pourrait hâter cette dilatation.

Quant aux cas désespérés, il ne semble pas que la césarienne ait diminué leur nombre et leur gravité. Soyons donc retardataires et supprimons systématiquement l'éclampsie des indications de la césarienne.

Si les arguments que nous avons donnés ne suffisaient pas, il serait possible d'en trouver d'autres dans *l'état du fœtus* chez les éclamptiques.

La mortalité fœtale dans l'éclampsie est en moyenne de 60 o/o ; cette constatation est bien peu encourageante pour l'opérateur qui doit toujours avoir en vue que la césarienne est destinée à donner un enfant vivant.

D'ailleurs l'école française a été beaucoup moins loin dans cette voie que l'école allemande, à laquelle il faut laisser la responsabilité des césariennes « en série » chez les éclamptiques.

Les césariennes pratiquées dans le service de M. le professeur Bar ne l'ont été que dans des cas « où il y avait danger imminent, où la femme n'était pas en travail, où le travail n'avait donné encore qu'une dilatation insuffisante. »

CHAPITRE IX

L'opération césarienne pour excès de volume du fœtus

On peut dire d'une façon générale que le volume du fœtus est exagéré quand son poids dépasse 4 kilos 500 ou 5 kilos.

Envisagé de cette manière, l'excès du volume du fœtus n'est pas très fréquent et les cas identiques à celui de Cazeaux qui a observé un fœtus de 9 kilos, à celui de Kysin (9 kilos 800), à celui de Delcamp (9 kilos 900) sont tout à fait exceptionnels.

Cet excès de volume peut porter sur les différentes parties du corps, tête, épaules, thorax et constitue une cause de dystocie grave; le volume du tronc importe le plus : « La dystocie des gros enfants est en effet surtout une dystocie du tronc » (Brindeau).

C'est le volume exagéré du *diamètre bis-acromial* qui est l'obstacle le plus sérieux à l'accouchement; cela explique, dans bien des cas, l'insuccès des méthodes purement obstétricales.

M. Potocki dans une communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (oct. 1908) écrivait : « L'excès de volume des épaules a toujours été considéré comme une dystocie très

sérieuse qu'on nous a appris à traiter méthodiquement, mais si nous nous tirons de cette extraction avec honneur en tant que manœuvre opératoire, les enfants n'en viennent pas moins morts. Or, si l'extraction est commencée, il ne nous est plus possible, une fois que nous sommes aux prises avec de trop grandes difficultés de recourir à une autre intervention pour sauver l'enfant.

« Pour éviter ces difficultés, et par conséquent la mort des gros fœtus pendant le travail, le mieux serait de recourir de propos délibéré à l'opération césarienne.

« Il semble qu'on ne peut rien objecter à cette indication qui, en somme, n'est que l'extension aux gros enfants du principe de la césarienne pratiquée pour un défaut de rapport entre le volume d'une région fœtale et les dimensions du bassin.

« Dira-t-on qu'il est difficile d'apprécier l'étendue du diamètre bis-acromial avant la sortie de l'enfant ? Je ne le pense pas, car le volume de l'enfant est déterminé d'une manière suffisante par le degré d'élévation du fond de l'utérus au-dessus du pubis, par l'étendue de la circonférence abdominale et par la palpation même du fœtus.

« J'ai souvenance de plusieurs accouchements de gros enfants qui se sont terminés malheureusement chez des primipares grandes, obèses, plus ou moins âgées. Pour quelques-unes d'entre elles, les enfants ont succombé pendant le cours d'un long travail. Pour presque toutes les autres, les enfants sont nés

morts ; les seuls vivants sont ceux qui présentaient la tête la première et encore un de ces enfants a-t-il une paralysie obstétricale qui le rend infirme.

« J'ai pu observer chez quelques-unes de ces femmes des accidents de choc post partum expliqués par le surmenage du travail, la lenteur et la difficulté de l'extraction, les déchirures plus ou moins étendues du col. En sorte que l'on peut mettre tous ces accidents en parallèle avec ceux qui peuvent résulter d'une opération césarienne pratiquée à temps. »

Le rapport de M. Démelin (1909) est venu confirmer cette idée.

Le pronostic de cette dystocie est grave pour la mère.

Dans le cas de volume exagéré du fœtus, le travail est lent, la surdistension de l'utérus prédisposant le muscle utérin à l'inertie.

Les complications possibles sont la rupture utérine et les hémorragies graves au cours de la délivrance.

Il faut y ajouter les accidents de Shock dont a parlé M. Potocki, que l'on peut voir apparaître après l'extraction du fœtus et qui sont en rapport avec la longueur du travail ; ces accidents signalés aussi par M. Wallich ont été étudiés par Montel (Thèse Paris, 1909).

Les lésions graves des parties molles, causes possibles d'infection, ne sont pas non plus à négliger.

Le pronostic est plus grave encore pour le fœtus.

Au cours d'un travail si pénible, la souffrance du fœtus est la règle.

Les tentatives d'extraction multiples et laborieuses peuvent entraîner des accidents graves, paralysies obstétricales de diverses natures, hémorragies méningées, hématomes, etc.

Enfin, en cas d'extraction par le siège, l'enfant peut présenter des mouvements d'inspiration prématurés dans la cavité utérine en rapport avec son état de souffrance et la longueur du travail ; on sait que les conséquences peuvent en être graves.

En présence d'indications bien posées, il y a donc lieu de faire une opération césarienne pour éviter à la mère et à l'enfant, des accidents mortels.

Ces indications sont ;

1° La longueur du travail et les dangers qui peuvent en résulter pour la femme (accidents nerveux, accidents infectieux).

2° L'impossibilité de terminer l'accouchement par une simple manœuvre obstétricale, ce qui est fréquent, puisque ce n'est pas tant l'excès de volume de la tête que le diamètre bis-acromial qui constitue un obstacle à l'expulsion ; l'histoire des accouchements antérieurs venant confirmer cette impossibilité.

3° La menace d'une complication grave, telle que la rupture utérine.

4° L'état de souffrance du fœtus constaté par l'auscultation fréquente.

5° Son volume déterminé par la mensuration et le palper mensurateur.

L'opération césarienne ne devra être pratiquée :

Ni trop tôt, afin que la marche du travail ait pu

nous renseigner sur la possibilité ou l'impossibilité de l'extraction par la voie basse ; afin de ne pas courir le risque d'une césarienne inutile.

Ni trop tard, pour ne pas opérer alors que la laparotomie peut présenter chez une femme en travail depuis longtemps et dont l'œuf est ouvert des dangers sérieux ; alors que l'état de souffrance du fœtus est tel que sa vitalité est fortement compromise.

Trois opérations césariennes, dont nous publions le compte rendu, ont été pratiquées dans ces conditions par M. Lepage.

Dans les trois cas on notait une hauteur utérine plus grande que la normale et une disproportion manifeste entre le volume de la tête et les dimensions du détroit supérieur, sans qu'il y ait rétrécissement du bassin (les trois femmes ont été examinées à ce point de vue avant leur sortie de l'hôpital).

Dans les trois cas, la césarienne fut pratiquée au cours du travail, alors que la marche de l'accouchement avait bien montré qu'il n'y avait aucune chance pour que l'expulsion se terminât spontanément.

Dans les trois cas la poche des eaux était rompue depuis un temps variable et le liquide était teinté de méconium. L'auscultation fœtale fréquemment pratiquée avait permis de constater des modifications des bruits du cœur.

Dans deux cas, les enfants ainsi extraits étaient en état de mort apparente et durent être ranimés. Il est vrai qu'il en est quelquefois ainsi pour les enfants nés par césarienne, mais il y a beaucoup de chances

cependant, pour que, si l'on avait laissé ces trois femmes accoucher sans intervention, elles eussent mis au monde des enfants morts.

Dans un cas enfin, il y avait l'exemple des accouchements antérieurs qui montrait les grandes difficultés rencontrées déjà à cause du volume exagéré du fœtus.

En résumé, lorsque la hauteur utérine considérable, la disproportion entre le volume de la tête et le détroit supérieur sans rétrécissement du bassin, la surdistension de l'utérus avec œdème sus-pubien font penser à un fœtus d'un volume exagéré, alors que la marche du travail attentivement surveillée montre l'impossibilité d'extraire par les voies naturelles un enfant vivant, alors que l'état de la mère ou du fœtus commande d'agir vite, nous estimons qu'il y a indication à opération césarienne abdominale.

L'hystérotomie vaginale pourrait être réservée aux cas où l'on craindrait l'infection de l'œuf.

OBSERVATION V

Césarienne pour gros enfant (M. Lepage)

L..., vingt-quatre ans, III-pare.

Première grossesse 1907, Expulsion prématurée de deux mois.

Deuxième grossesse 1908. Accouchement à terme, très laborieux. Gros enfant, mort vingt-quatre heures après sa naissance.

Troisième grossesse. Grossesse actuelle. Dernières règles du 6 au 10 février 1909.

La femme ressent les premières douleurs le 19 novembre à minuit, elle entre à la maternité de Boucicaut à 4 h. 30 du matin.

Engagement non effectué ; tête débordant l'arc antérieur du bassin. Dos à gauche. Hauteur utérine : 36 centimètres.

Dilatation de 1 franc. Col incomplètement effacé. Membranes rompues (à minuit).

8 h. 50 matin. — Tête élevée. Contractions presque continues. Dilatation 2 francs.

Tête débordant la symphyse et mal fléchie.

Bruits du cœur ralentis et un peu irréguliers.

M. Lepage, étant donné le volume du fœtus, les dimensions de la tête qui, au palper mensurateur, déborde, étant données les difficultés de l'accouchement antérieur et le désir nettement exprimé par la femme d'avoir un enfant vivant, décide de pratiquer une opération césarienne. Température : 37°.

Laparatomie. Incision allant de trois travers de doigt au dessus de la symphyse à quatre travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Extériorisation de l'utérus. Incision verticale de la paroi utérine. Placenta inséré en avant rapidement décollé : il s'écoule du liquide teinté de méconium.

Extraction de l'enfant qui est pâle et ne respire pas. Fermeture de la paroi à la soie. Catgut sur le péritoine. Crins sur la peau.

L'enfant du poids de 4000 grammes doit être ranimé et ne respire qu'au bout de quelques minutes après insufflation, respiration artificielle et révulsion.

Les suites opératoires ont été normales. Mme L. quitte la

Maternité un mois après l'opération. L'enfant est très bien portant.

OBSERVATION VI

Opération césarienne pour excès de volume du fœtus
(M. Lepage)

J. P..., vingt-deux ans, I-pare.

Dernières règles du 8 au 12 juillet 1909.

Entre à la maternité de Boucicaut le 27 avril 1910 à 8 heures du matin, venant de la maternité de Port-Royal où elle était depuis le 23 avril, date à laquelle elle avait éprouvé quelques douleurs.

27 avril, 5 heures du soir. — Quelques contractions douloureuses.

Présentation de l'extrémité céphalique.

Tête non engagée. Dos à gauche.

Hauteur utérine : 39 centimètres.

Poche des eaux intacte. Dilation de 5 francs.

Température : 37°5.

28 avril. — Pas de contractions douloureuses durant toute la journée. Bruits du cœur 135.

29 avril, 9 heures du matin. — Examen de M. Lepage. Bruits du cœur un peu irréguliers. Tête débordant légèrement la symphyse.

Au toucher, dilatation d'une grande paume de main ; la poche des eaux se rompt, il s'écoule un liquide verdâtre. La tête est toujours élevée.

Se basant sur le volume du fœtus, sur les dimensions de la tête, sur sa disproportion avec le bassin, sur l'état de souffrance du fœtus, M. Lepage décide de pratiquer une opération césarienne.

Laparotomie. Incision verticale de la paroi utérine. Placenta inséré en avant, décollé ; extraction d'un enfant né étonné et qui doit être ranimé.

Suture de la paroi utérine à la soie.

Catgut sur le péritoine. Crins sur la peau.

Enfant du sexe féminin du poids de 4060 grammes, longueur 53 centimètres.

La femme, qui a présenté le troisième et le quatrième jour une élévation de température qui ne parut pas en rapport avec l'état de la plaie, a eu, par la suite, des suites opératoires normales.

Elle quitte la Maternité en bon état le 22 mai avec son enfant qui pousse bien et qu'elle allaite.

L'examen du bassin montre que le promontoire n'est pas accessible.

OBSERVATION VII

Opération césarienne pour excès de volume du fœtus.

S. W..., trente deux ans, IV-pare.

Première grossesse en 1908. Enfant extrait par forceps, après un travail long et difficile de trois jours. Mort une heure après sa naissance.

Deuxième grossesse 1908. Expulsion prématurée de deux mois.

Troisième grossesse 1909 à terme. Siège volumineux.

Travail très lent. Extraction par la manœuvre de Mauriceau d'un enfant vivant qui meurt le lendemain après avoir manifesté des symptômes de paralysie.

Quatrième grossesse. Actuelle. Dernières règles du 10 au 14 mai 1910.

Entre à la Maternité de Boucicaut le 13 février, à 1 heure du matin.

Hauteur utérine 38 centimètres. Tête non engagée, en gauche transverse.

Au toucher, col long, ouvert. Poche des eaux intacte.

Contractions rares, survenant tous les quarts d'heure.

Enfant vivant, cœur fœtal battant à 144.

Température 37°1. Pouls 88.

4 heures matin. — Contractions violentes et très rapprochées. B. d. c 120.

5 heures. — Examen de M. Lepage : Dilatation presque complète. Poche des eaux rompue. Tête très haute et très ossifiée débordant légèrement la symphyse, fixée au détroit supérieur, tête volumineuse. Il semble que la tête ait tendance à descendre un peu puisque une heure auparavant on avait trouvé la tête absolument mobile et libre.

Se basant sur le gros volume de l'enfant et sur la difficulté des accouchements antérieurs, M. Lepage décide de faire une opération césarienne.

Laparotomie par M. Lepage. Incision verticale de la paroi antérieure de l'utérus.

Placenta inséré en avant. Extraction rapide de l'enfant qui érie aussitôt.

Suture de la paroi au catgut chromé.

Catgut sur le péritoine. Crins sur la peau.

Enfant du poids de 5030. Longueur 52. Circonférences de la tête 33/35.

Les suites opératoires ont été absolument normales.

La femme quitte la Maternité bien portante avec son enfant qu'elle allaite le 7 mars 1911.

L'examen de la femme avant son départ permet de constater que le bassin est normal.

Nous reproduisons maintenant une observation très intéressante publiée par M. Rudaux (*La Clinique*, mars 1909).

OBSERVATION VIII

Femme de quarante ans, enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse remonte à dix-huit ans. Le travail se déclare à terme, la période d'effacement et de dilatation du col se fait normalement, la tête s'engage très lentement mais ne descend pas jusque sur le plancher périnéal. Après trois heures de période d'expulsion, des signes de souffrance du fœtus nécessitent une application de forceps, la tête ne peut être extraite qu'avec beaucoup de difficultés. A ce moment le fœtus a cessé de vivre et il est absolument impossible d'engager les épaules.

La présence d'une extrémité céphalique volumineuse oblitérant l'orifice vulvaire empêche la pénétration de la main dans le vagin et on doit recourir à la décapitation pour pouvoir pénétrer dans l'excavation afin d'aller chercher les bras et les abaisser.

Le fœtus est extrait après de nombreux efforts, il pèse plus de 11 livres.

Une nouvelle grossesse survient deux ans plus tard ; le développement fœtal est surveillé très attentivement, et à huit mois on décide de provoquer l'accouchement.

Après pose de ballons, on pratique une version par manœuvres internes, l'extraction est pénible, l'enfant meurt

pendant l'intervention et il ne peut être ranimé. Il pèse aussi près de 11 livres. Les suites de couches furent normales dans les deux cas.

M. Rudaux ajoute : « En présence de ce deuxième insuccès, il nous semble que, si une nouvelle grossesse se reproduit, l'opération césarienne serait seule capable de mettre au monde un enfant vivant, si celui-ci présentait un volume semblable aux précédents. »

Il y a lieu, dans les indications de la césarienne pour gros enfant, de tenir compte dans une grande mesure de l'histoire des accouchements antérieurs. Cette dernière observation est particulièrement instructive à ce point de vue.

CHAPITRE X

L'opération césarienne pour souffrance du fœtus

La souffrance du fœtus pendant le travail est-elle une indication de l'opération césarienne ?

Cette question, posée depuis longtemps déjà, prête beaucoup à discussions.

Nous avons déjà vu et nous verrons encore, par l'étude d'autres indications de la section utérine, que la souffrance fœtale est un facteur important qui, pour une certaine part, décide l'accoucheur à intervenir, quand il est déjà sollicité par d'autres raisons tenant à l'état de la mère.

Mais, en tant que symptôme unique, le danger imminent couru par le fœtus viable, doit-il être une indication d'opération césarienne ?

On objectera que la souffrance du fœtus ne constitue pas une indication formelle d'intervenir par voie abdominale, l'intervention risquant d'être trop précoce, si l'on se base seulement sur les premières modifications des bruits du cœur fœtal ou trop tardive si l'on attend une confirmation absolue des signes de souffrance.

Il faut donc connaître et étudier d'une façon particulièrement attentive les signes de souffrance du fœtus.

Quels sont-ils ?

Le signe le plus important est fourni par *l'auscultation*.

Le cœur fœtal, au lieu de battre à 140, bat à 130, 120, 100.

D'après Tarnier la persistance à 100 ou au-dessous de 100 indique que le fœtus est en danger.

Mais il faut que ce ralentissement soit permanent ou tout au moins durable, car, comme l'a fait remarquer M. Potocki, « on constate assez souvent des modifications passagères des bruits du cœur fœtal, par exemple un ralentissement allant jusqu'à 100 pulsations par minute, qui disparaissent plus ou moins vite pour faire place à des bruits normaux, si bien qu'à la naissance l'enfant ne paraît pas avoir souffert ».

Les bruits du cœur peuvent être au contraire accélérés à 160, 180.

Ils peuvent être affaiblis, irréguliers, parfois même soufflants.

Tous ces signes ont une grande valeur à condition que l'on se méfie des modifications qu'imprime au rythme cardiaque du fœtus la contraction utérine et que l'on n'oublie pas qu'après chaque contraction il y a ralentissement des bruits du cœur.

La perte de méconium, quand les membranes sont rompues, est aussi un signe de souffrance du fœtus, mais elle a une moindre valeur.

Elle est tout d'abord de règle dans la présentation du siège et, dans les autres cas, elle indique seulement que le fœtus a souffert à un moment donné, mais elle ne prouve pas forcément qu'il y a souffrance au moment où elle apparaît.

Les mouvements très violents ressentis au palper constituent des symptômes secondaires.

L'auscultation est le moyen le plus important pour savoir si le fœtus souffre, elle doit être fréquente et pratiquée assez longtemps après la contraction utérine.

Nous sommes donc en mesure de dire que le fœtus souffre par la constatation de modifications nettes et durables des battements cardiaques.

Il faut connaître maintenant quel est *l'état de l'orifice utérin*.

Si la dilatation est complète, il est bien évident qu'il ne viendra à personne l'idée de pratiquer une césarienne quand l'accouchement peut être terminé par une manœuvre obstétricale, tel que le forceps ou la version.

Si la dilatation n'est pas complète, doit-on essayer les différents procédés de dilatation lente ou de dilatation brusque ?

Peut-on attendre un résultat favorable de la pose d'un ballon, de la dilatation bi-manuelle ou des dilatations instrumentales ? Les résultats en sont souvent trop tardifs, surtout lorsque la présentation n'est pas engagée.

Il est certain que dans un grand nombre de cas le

traitement obstétrical sera suffisant pour donner un enfant vivant. Mais combien de ces enfants, nés après un travail laborieux, meurent dans les heures ou dans les jours qui suivent ? On les ranime difficilement et ils succombent peu de temps après, présentant toutes les lésions de l'asphyxie, en particulier des hémorragies du système nerveux.

Un certain nombre de ces cas ne justifient-ils pas l'opération césarienne ?

Ne pourra-t-on dans l'avenir, quand la césarienne sera devenue une opération dont la gravité ne sera pas plus grande que l'appendicectomie à froid, sauvegarder ainsi la vie d'un certain nombre d'enfants ?

Il faut en tout cas que les indications soient nettement posées ; ces indications sont :

- 1° La souffrance manifeste du fœtus ;
- 2° La dilatation incomplète de l'orifice utérin ;
- 3° Le non-engagement de la présentation ;
- 4° Le volume du fœtus, témoignant qu'il est à terme et viable.

Cette indication relative de la césarienne soulève un problème déjà souvent posé.

L'accoucheur doit-il tenir compte, en posant les indications de l'opération césarienne du *désir nettement exprimé par la femme d'avoir un enfant vivant* ?

Beaucoup d'accoucheurs craignent que, la question étant ainsi posée, le cadre des indications opératoires ne soit trop élargi et que cette pratique, bonne

entre les mains d'un très grand nombre, ne puisse devenir une cause d'abus et de dangers.

Il est évident que le seul désir de la femme d'avoir un enfant vivant ne justifie pas la section utérine.

Mais c'est un argument précieux lorsque, ayant une opinion déjà faite, on estime que la voie haute est la seule possible pour terminer l'accouchement heureusement pour la mère et pour l'enfant.

« Il s'agit, disait déjà Potocki en 1908, de savoir si l'on est autorisé pour atteindre sûrement ce but, à substituer les risques d'une opération césarienne à ceux d'un travail trop prolongé, d'une application de forceps difficile, d'une version que l'on juge devoir présenter des dangers évidents pour la vie de l'enfant. »

Notre devoir n'est-il pas de sauvegarder le plus possible la vie de l'enfant et ne devons-nous pas faire courir à une mère consentante quelques risques pour sauver une existence certainement sacrifiée si nous n'agissons pas ?

De plus la coexistence fréquente d'un rétrécissement du bassin vient encore hâter la décision.

Voici quelques observations où cette règle de conduite a été appliquée.

OBSERVATION IX

*Opération césarienne pour défaut de progression
de la tête et souffrance du fœtus (M. Lepage).*

L.... trente-cinq ans, 1^{er} pare.

Dernières règles du 4 au 6 juillet 1908.

P. Coninaud

Les douleurs ont débuté le 24 avril 1909 et la femme entre à la Maternité de Boucicaut le 27 avril à 5 heures du matin.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Bruits du cœur bons. Col en voie d'effacement. Poche des eaux rompue.

9 heures du matin. — Examen de M. Lepage : Dilatation de cinq francs, tête haute. Bruits du cœur bons. Température, 37°5. Pouls 84, mal frappé.

5 heures du soir. — Les bruits du cœur sont ralentis, irréguliers et claqués.

La tête est toujours élevée.

M. Lepage tente une application de forceps ; deux prises échouent.

Il décide alors, étant données la souffrance du fœtus et la non-progression de la tête, de pratiquer une opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision verticale médiane. Placenta inséré en avant.

Extraction d'un garçon du poids de 3.500 grammes, né en état de mort apparente, ranimé après quelques manœuvres.

Les suites opératoires ont été normales.

La femme quitte l'hôpital le 20 mai avec un enfant vivant ; l'un et l'autre sont en bonne santé.

OBSERVATION X

Opération césarienne pour souffrance du fœtus, suivie d'hystérectomie (membranes rompues depuis vingt heures) (M. Potocki).

P..., quarante et un ans, III-pare.

Première grossesse 1910. Accouchement prématuré à huit mois. Enfant mort-né.

Deuxième grossesse 1911. Embryotomie.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles 15 septembre 1915.

Début du travail le 8 juillet à quinze heures.

Rupture spontanée des membranes.

Admise à Saint-Antoine à vingt heures.

Examen : Hauteur utérine 33 centimètres. Tête qui tend à se fixer en D. P. Bruits du cœur soufflants. Col dilatable comme un franc. Liquide clair. Promontoire non accessible.

Température 37°8. Pouls 80.

Contractions très espacées.

9 juillet, 6 heures du matin. — Même état du col.

Liquide vert. Température 37°8. Pouls 84.

11 heures. — Col dilatable comme deux francs, liquide vert épais, bruits du cœur soufflants, à 200 (membranes rompues depuis vingt heures).

M. Potocki, décide de pratiquer l'opération césarienne suivie d'hystérectomie.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision transversale du fond. Extraction du fœtus.

Hystérectomie subtotale selon le procédé habituel.

L'enfant né en état de mort apparente doit être ranimé.

Les suite opératoires ont été normales.

La mère et l'enfant quittent la Maternité en bon état le vingt-neuvième jour.

Dans ces deux observations, les indications étaient nettement posées : souffrance manifeste du fœtus ; col ne présentant pas de dilatation complète.

Dans la deuxième observation les membranes étaient rompues depuis vingt heures, la température était 37°8, le liquide était vert, il s'agissait d'une femme de quarante et un ans. Tout justifiait donc la non-conservation de l'utérus.

CHAPITRE XI

L'opération césarienne dans les présentations vicieuses.

1° *Présentations de la face et du front.*

Jusqu'aux travaux de Mme Lachapelle, l'accouchement par la face était considéré comme un accouchement dystocique, mais c'était là une erreur, l'expulsion spontanée étant au contraire la règle.

D'après une statistique de Dubois, la présentation de la face a donné lieu à 8 interventions sur 85 cas.

Les interventions sont donc plus fréquentes que dans la présentation du sommet.

Sur 122 accouchements par la face, Peters relève 5 cas de mort (2 ruptures utérines, 2 péritonites) et 25 cas d'accidents infectieux.

Le pronostic est donc plus grave pour la mère.

Enfin pour 122 accouchements, Peters donne un chiffre de 23 enfants morts (1).

Le pronostic est donc plus sérieux pour l'enfant.

Cependant les indications d'opération césarienne sont assez limitées dans la présentation de la face.

1. Chiffres empruntés à Puech (In *Traité accouchements de Bar*).

Lorsque des manœuvres manuelles ou le forceps ont échoué, lorsque des tractions modérées n'ont pu entraîner la tête, lorsque d'autre part la version interne est contre-indiquée par le degré de l'engagement, si l'enfant est vivant et présente des signes de souffrance, si la dilatation n'est pas complète, la césarienne permettra d'avoir un enfant vivant dans les meilleures conditions possibles.

L'indication serait formelle, s'il y avait menace de rupture utérine.

En résumé, en dehors de cette complication, les indications sont :

- 1° Impossibilité de terminer l'accouchement par l'extraction par voie basse d'un enfant vivant ;
- 2° Absence de dilatation complète ;
- 3° Souffrance du fœtus.

OBSERVATION XI

Présentation de la face non engagée. — Menace de rupture utérine. — Opération césarienne (M. Rudaux).

B..., trente-cinq ans, II pare.

Première grossesse en 1908. Accouchement spontané à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 9 au 14 novembre 1910.

Arrive à Boucicaut le 11 août 1911 à 5 heures du matin, parce qu'elle a des douleurs et parce qu'elle a perdu les eaux.

Examen. — Utérus remontant à 30 centimètres, cordiforme. Pas de dilatation. Poche des eaux rompu.

11 heures. — Dilatation de 50 centimètres. Liquide teinté de méconium; tête élevée.

Au toucher, M. Rudaux constate qu'il s'agit d'une présentation de la face, non engagée, débordant la symphyse.

Les contractions utérines sont très rapprochées, deviennent presque subintrantes; la tête n'a aucune tendance à s'engager.

A chaque contraction la saillie de la tête sous la paroi s'accuse davantage, elle est moulée sous une paroi très mince.

M. Rudaux craignant une rupture utérine, décide de pratiquer une opération césarienne.

Laparotomie médiane. Extériorisation de l'utérus. Incision verticale de la paroi antérieure. Extraction de l'enfant.

Placenta inséré sur la paroi postérieure. Sutures à la soie.

Catgut sur le péritoine. Crins sur la peau.

Poids de l'enfant 2.760 grammes, du placenta 510 grammes.

L'enfant qui présente les déformations caractéristiques de la présentation de la face meurt le deuxième jour.

La femme quitte la Maternité en bonne santé le 8 septembre; les suites opératoires ont été normales.

Les indications de l'opération césarienne se trouvent plus fréquemment réalisées dans LA PRÉSENTATION DU FRONT, que certains auteurs considèrent comme aussi dystocique que la présentation de l'épaule.

Sur 19 cas de présentations du front recueillies dans le service de M. le professeur Pinard par M. Wallich, deux fois seulement l'accouchement s'est terminé spontanément.

La gravité du pronostic de la présentation du front pour la mère tient à la durée du travail et aux risques d'infection qui en résultent ; elle tient aussi aux dangers de rupture utérine, en particulier de rupture du segment inférieur œdématisé.

Enfin la compression prolongée peut déterminer des effractions plus ou moins étendues du périnée ou même de la paroi vésico-vaginale.

Il en résulte que la mortalité maternelle serait de 10 o/o en moyenne.

Le pronostic est grave aussi pour l'enfant.

Si l'on étudie le mécanisme de l'accouchement en présentation du front, on voit que, au détroit supérieur, la présentation fœtale ne peut, pour s'accommoder, ni se fléchir, ni se défléchir, l'amoindrissement nécessaire se fait par un véritable tassement de la tête, d'où des phénomènes de compression très accentués dont il n'est pas besoin de dire les conséquences.

La mortalité fœtale dépasserait 10 o/o.

Quelle conduite devons-nous tenir et jusqu'à quel point l'opération césarienne peut-elle dans certains cas, améliorer le pronostic ?

Il est bien entendu que nous n'envisageons que *les présentations persistantes du front*, c'est-à-dire celles où la tête s'est engagée en front, puisque, dans les autres, la correction de l'inclinaison céphalique peut souvent s'exercer d'elle-même ou être tentée par diverses manœuvres.

« Au cours de l'angoissante et parfois longue

période de la dilatation dans les cas de présentations persistantes du front, a écrit M. le professeur Pinard l'enfant souffre ou meurt avant qu'il soit possible de lui porter secours, la symphyséotomie n'étant praticable qu'à la dilatation complète.

L'opération césarienne qui permet d'intervenir quel que soit le degré de la dilatation, se montre avec sa toute-puissance, quand, dans une présentation permanente du front, la dilatation progresse peu ou point et que l'enfant souffre ».

Les indications de l'opération césarienne dans la présentation du front, ainsi magistralement posées par M. le professeur Pinard sont donc :

- 1° La souffrance du fœtus ;
- 2° L'absence de dilatation complète, ou bien :
- 3° La menace de rupture utérine.

Nous ajoutons que lorsque la dilatation est complète et que l'intervention est nécessaire, nous préférons l'opération césarienne à la symphyséotomie.

L'extraction du fœtus par le front, après symphyséotomie, peut faire craindre de graves délabrements des parties molles.

Nous reproduisons une observation publiée par M. Pinard dans les comptes rendus de la Société Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie (1909) et qui montre la conduite à tenir en cas de présentation persistante du front avec absence de dilatation complète.

OBSERVATION. — Femme de vingt-cinq ans, II-pare. Premier accouchement en 1908 (a fait l'objet d'une publication de M. Mouchotte à la Société Obstétrique et Gynécologie)

(1908). Opération césarienne conservatrice après trente-deux heures de contractions douloureuses.

Les indications étaient : présentation persistante du front avec tendance à l'enclavement, dilatation de cinq francs stationnaire, œdème du col et du segment inférieur.

L'enfant fut extrait vivant (fille de 3 kgr.) les suites opératoires furent simples.

Moins d'un an après (3 février 1909) une deuxième opération césarienne fut pratiquée chez cette femme par M. Courv'aire ; les indications étaient : présentation persistante du front, dilatation de cinq francs stationnaire, léger rétrécissement du bassin, obliquité extrême de l'utérus gravide, césarienne antérieure.

Les suites opératoires furent normales. Enfant vivant en bon état.

2° Présentation de l'épaule

Les indications de la césarienne en cas de présentation de l'épaule sont très limitées.

Il est bien évident qu'il ne s'agit pas de remplacer par l'opération césarienne la version podalique toutes les fois qu'il est possible de la pratiquer.

Les indications de la césarienne sont :

1° Le caractère irréductible de la présentation de l'épaule ;

2° L'absence de dilatation complète ;

3° La souffrance du fœtus ;

4° La menace de rupture utérine (enfant vivant).

Dans les cas ainsi envisagés, l'expectation est pleine de danger.

« Faut-il attendre, pour pratiquer l'embryotomie, a dit M. Potocki, que l'enfant ait succombé ou que la dilatation se complète, au risque de voir l'utérus se rompre et se trouver quand même dans l'impossibilité de pratiquer la version à cause de l'engagement de l'épaule et de la rétraction de l'utérus ? »

Ajoutons que l'existence fréquente chez les femmes qui accouchent en présentation de l'épaule d'un rétrécissement du bassin vient encore plaider en faveur de la césarienne ; il y a là une de ces indications associées sur lesquelles nous aurons à revenir.

En voici des exemples :

OBSERVATION XII

Opération césarienne pour rétrécissement du bassin et présentation de l'épaule (M. Lepage).

S..., trente-six ans, III-pare.

Première grossesse en 1903. Accouchement prématuré à sept mois. Fille vivante.

Deuxième grossesse en 1904. Accouchement à terme. Enfant mort pendant le travail (Procidence du cordon).

Basiotripsie.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles du 11 au 12 février 1912.

22 novembre 1912. — Premières contractions douloureuses.

Examen de la femme : Présentation de l'épaule (une version par manœuvres externes avait été pratiquée un mois auparavant, une nouvelle tentative avait été faite quinze jours avant).

Membranes intactes.

Col non effacé.

Diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 4.

Angle sacro vertébral haut.

M. Lepage se basant sur les difficultés de l'accouchement précédent, sur l'existence d'une présentation de l'épaule, sur ce fait que le bassin est un peu rétréci, enfin sur le vif désir exprimé par la femme d'avoir un enfant vivant, décide de pratiquer l'opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus. Section transversale du fond. Placenta inséré en avant. Extraction d'un enfant du poids de 3.730 grammes qui crie aussitôt.

Suture de l'utérus au catgut. Fermeture de la paroi.

La femme a présenté le douzième jour une élévation de température avec œdème douloureux de la jambe gauche.

Elle quitte l'hôpital bien portante, avec son enfant en bon état le 7 février 1913.

OBSERVATION XIII

Opération césarienne pour présentation de l'épaule et fibrome (M. Potocki).

D. Gu..., trente-neuf ans, IX^e-pare.

Mère morte à quarante-neuf ans de tuberculose.

Réglée à onze ans régulièrement.

Première grossesse en 1896. Accouchement spontané au huitième mois (fille mort-né).

Deuxième grossesse en 1898. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

Troisième grossesse en 1900. Accouchement spontané à terme. Garçon vivant.

Quatrième grossesse en 1902. Accouchement spontané à terme. Garçon vivant. Mort à un an de méningite.

Cinquième grossesse en 1903. Accouchement spontané à terme. Garçon vivant. Mort à un an de méningite.

Sixième grossesse en 1907. Accouchement spontané à terme. Garçon bien portant.

Septième grossesse en 1910. Accouchement spontané à terme d'une fille vivante. Morte à un an de méningite.

Huitième grossesse en 1911. Accouchement spontané à terme. Fille vivante.

Neuvième grossesse actuelle. Dernières règles du 13 au 16 novembre. Gestation bien supportée, n'a jamais consulté pendant sa grossesse.

Le 15 septembre vers 6 heures du matin, apparition des contractions utérines douloureuses. Les contractions sont irrégulières.

Le 16 septembre à une heure, on rompt artificiellement les membranes.

Le travail ne progressant pas, la femme est amenée à la Pitié où elle arrive à 8 heures.

Examen à l'arrivée : Extrémité céphalique mobile ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche.

Col dilatable comme cinq francs. Membranes rompues. Enfant vivant. Urines albumineuses. Température 37°2. Pouls 66.

A 11 heures, examen de M. Potocki.

A 8 centimètres de l'orifice externe du col on sent un anneau utérin dilaté comme 5 francs et la tête s'y appuyant fortement.

Fixation de la tête au détroit supérieur au moyen de deux coussins et d'une ceinture.

16 heures. — Température 37°3. Pouls 72. Enfant vivant. Injections vaginales fréquentes.

A 22 heures. — Deuxième examen de M. Potocki. Quelques contractions utérines indolores. Bruits du cœur normaux. Col ayant toute sa longueur, mou et souple, dilatable.

A 8 centimètres de l'orifice on trouve toujours un anneau contracté ayant les dimensions de 5 francs ; à travers, on sent au loin une partie fœtale.

Le liquide amniotique est sans odeur.

16 septembre, 6 heures. — Température 37°5. Pouls 60.

L'examen montre que la tête fuit dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, l'anneau contracté persiste et à travers son ouverture, on sent une partie fœtale qui semble être une épaule.

Les bruits du cœur fœtal présentent quelques irrégularités. Dans ces conditions, M. Potocki décide l'intervention.

17 septembre, 8 heures. — Opération césarienne mutilatrice.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. L'utérus est extériorisé, l'intestin protégé par trois champs.

L'utérus est incisé transversalement au niveau de son pôle supérieur ; on tombe ainsi sur le fœtus qui était en présentation de l'épaule et qui est extrait de la cavité utérine.

La masse utérine est comprimée ; les pédicules utérins et utéro-ovariens sont pincés, puis sectionnés, l'utérus est excisé très bas, presque au niveau du vagin.

Ligature des pédicules.

Double surjet au catgut sur le moignon utérin. Péritonisation. Fermeture de la paroi aux crins sans drainage.

Examen de la pièce. — Au niveau de la partie inférieure de l'utérus, à droite et en avant, se trouve un fibrome du volume d'une tête fœtale.

L'enfant du sexe féminin, du poids de 3.250 grammes, né étonné, a été ranimé après des manœuvres assez longues.

Il meurt d'ailleurs le 18 septembre.

La femme quitte la Maternité bien portante.

Elle a été revue le 8 mars 1915. Le ventre est souple, aucune sensibilité au palper ni au toucher, pas d'écoulement vaginal.

3° *Présentation du siège*

L'indication d'opération césarienne dans la présentation du siège est tout à fait exceptionnelle. Cependant, on peut envisager le cas d'un accouchement par le siège qui traîne en longueur chez une primipare, malgré la pose d'un ballon.

L'extraction présente de grandes difficultés, le fœtus souffre.

Ne pourrait-on être conduit à pratiquer l'hystérotomie ?

C'est, en tout cas, une indication tout à fait exceptionnelle.

CHAPITRE XII

L'opération césarienne dans le traitement des accidents dus à l'insertion basse du placenta.

Parmi les complications que peut déterminer l'insertion basse du placenta, la plus grave est l'hémorragie qui par sa répétition ou son importance est souvent extrêmement sérieuse.

Aussi les accoucheurs ont-ils cherché un traitement efficace du placenta prævia. Sous l'influence des travaux [de l'école allemande, la question du traitement chirurgical s'est posée il y a quelques années déjà.

Les observations de Baisch, de Selheim, de Krœnig paraissaient assez encourageantes.

Labusquière, dans un travail d'ensemble publié en 1909 et en 1910 (1), a analysé les différents travaux déjà parus et donné les conclusions de quelques auteurs.

Max Henkel, tout en pratiquant la version comme thérapeutique de choix dans le plus grand nombre des cas, réserve la césarienne aux femmes présentant un placenta prævia central ; il la fait abdominale, si

1. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.*

l'enfant est viable, vaginale si les circonstances mettent en doute la vitalité de l'enfant.

Hofmeier, reconnaissant quelques rares indications de la césarienne dans le placenta bas, fait de très grandes réserves sur son emploi.

Selheim est beaucoup plus catégorique dans ses affirmations.

« Quand le placenta est prævia, écrit-il, le mécanisme simultané du décollement et de l'hémostase ne peut se combiner avec la fonction de l'utérus parturient au niveau de la zone placentaire. En cette conjecture, la marche naturelle de l'accouchement amène un antagonisme des différentes fonctions et met la mère et l'enfant au bord de la tombe. »

Aussi conclut-il que le diagnostic de placenta prævia étant net, il faut chirurgicalement « arrêter tout effort parturitif normal ».

Il préconise une incision extrapéritonéale qui permet, en incisant dans l'aire placentaire, d'explorer la zone qui saigne.

Il tempère d'ailleurs tout ce qu'il y a d'absolu dans ses affirmations en ajoutant qu'il réserve l'intervention aux seuls cas où la mère et l'enfant peuvent être sauvés, c'est-à-dire : état aseptique et anémie pas trop profonde de la mère, enfant vivant et viable.

Kroenig réserve la césarienne aux femmes qui arrivent à l'hôpital perdant du sang, mais encore au début de la dilatation et avec un canal parturient aseptique.

Les arguments des interventionnistes sont : 1^o la rapidité de l'acte opératoire qui permet, en terminant rapidement l'accouchement, de supprimer les risques d'hémorragie et d'éviter les accidents infectieux ; 2^o la diminution de la mortalité fœtale.

Les statistiques les plus favorables à la méthode chirurgicale donnent une mortalité maternelle de 7,7 0/0 qu'il convient d'opposer dès maintenant à la mortalité moyenne de 3 0/0 obtenue par le traitement médico-obstétrical.

L'école française s'est en effet fort heureusement élevée contre cette manière d'envisager le traitement du placenta prævia et au Congrès de Berlin de 1912, M. Couvelaire et M. Lepage se sont faits les défenseurs de la thérapeutique médicale.

Ce traitement est celui qui a été préconisé par M. le professeur Pinard, c'est-à-dire : « Repos absolu au lit et injections vaginales à 50 degrés tant que le pouls ne dépasse pas 100 ; lorsque le pouls dépasse et se maintient au-dessus de 100, rupture large des membranes, suivie ou non de l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes. »

Dès 1910, M. Mouchotte publiait la statistique de la clinique Baudelocque en ce qui concerne le placenta prævia ; il réunissait 183 observations de femmes traitées selon les enseignements de M. Pinard ; la mortalité maternelle était de 2,18 0/0, la mortalité fœtale de 4,4 0/0.

Il faisait remarquer que « l'insertion du placenta avec hémorragie est une complication passagère, liée

à la grossesse en évolution, que le plus souvent elle ne se produit pas lors d'autres grossesses, qu'elle relève surtout et avant tout d'une thérapeutique qui ménage la fonction. »

M. Couvelaire, en 1911, reprenait la statistique de Baudelocque et montrait tout le bénéfice que l'on pouvait retirer du traitement médical et obstétrical.

M. Champetier de Ribes apportant au débat sa statistique personnelle, venait encore renforcer cette opinion.

Il résulte de tous ces travaux que les indications de la césarienne dans le placenta prævia sont très limitées.

Elles entrent surtout dans le cadre des « *dystocies complexes* » dont a parlé M. Couvelaire. Aux indications résultant de l'hémorragie et des risques courus par le fœtus se joignent d'autres indications tels qu'un rétrécissement du bassin ou surtout la rigidité et le défaut de souplesse du col chez une primipare âgée.

Dans ce dernier cas, la rupture des membranes, la pose d'un ballon ne donnant aucun résultat, la dilatation n'avance pas et l'hémorragie continue. Que faire ? La femme saigne, il faut aller vite, l'opération césarienne peut sauver la situation.

La césarienne abdominale paraît préférable à la césarienne vaginale ; malgré les conseils et les affirmations de Selheim, il nous semble qu'il y a danger à pratiquer une incision dans la zone placentaire à cause de la friabilité du segment inférieur dont la musculature est fortement désagrégée par l'insertion

placentaire ; tout au plus pourrait-elle être conseillée dans les cas où l'on craint l'infection.

OBSERVATION XIV

*Opération césarienne pour rétrécissement
du bassin et insertion basse du placenta (M. Lepage).*

A. J..., trente ans, II-pare.

Première grossesse en 1910. Présentation du siège. Enfant mort.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 29 avril au 2 mai 1911.

Cette femme a consulté plusieurs fois pendant sa grossesse à la Maternité de Boucicaut et en octobre 1911 le diagnostic de rétrécissement du bassin a été fait.

Elle entre à la Maternité le 3 février 1911.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche. Hauteur utérine : 36 centimètres.

Au toucher, l'angle est accessible ; le diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 5 ; le col présente du côté gauche une cicatrice de déchirure assez étendue qui intéresse également les parties molles environnantes.

Le toucher permet également de constater une insertion basse du placenta.

La poche des eaux est intacte ; la femme ressent quelques contractions douloureuses. M. Lepage décide de pratiquer une opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision verticale de la paroi antérieure de l'utérus.

Extraction d'un garçon du poids de 3.700 grammes qui crie aussitôt.

Placenta inséré bas sur la face postérieure.

L'utérus se rétracte bien. Drain dans la cavité utérine.

Sutures utérines au catgut. Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires sont normales et la femme quitte la Maternité le 26 février 1912 en parfait état. Enfant en très bon état.

OBSERVATION XV

*Opération césarienne pour rétrécissement du bassin
et insertion basse du placenta (M. Lepage).*

J..., trente ans, II-pare.

Première grossesse en 1911 à terme. Application de forceps. Enfant mort pendant le travail.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 23 au 28 janvier 1912.

Entre à la Maternité de Boucicaut le 14 octobre 1912.

Examen de M. Lepage : Hauteur utérine 33 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique ; tête élevée ; dos à gauche. Bruits du cœur bons. Urines normales.

Au toucher, on trouve l'angle sacro-vertébral haut, il est atteint à 11 centimètres ; M. Lepage pense qu'il existe un faux promontoire.

La tête déborde la symphyse.

15 novembre. — Examen sous chloroforme par M. Lepage qui trouve un premier angle à 10 cm. 2 et un deuxième à 11 cm. 4. Sacrum plat. Bassin rétréci transversalement.

Le col de l'utérus est plaqué contre la paroi latérale gauche

de l'excavation, sans inclinaison considérable du corps.
M. Lepage suppose l'existence d'un placenta prævia.

La femme ayant eu des contractions douloureuses et perdant du sang, il décide de pratiquer une opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision utérine verticale faite volontairement un peu haute à cause de la situation supposée du placenta.

A l'ouverture de l'œuf, il s'écoule un liquide teinté de méconium.

Extraction d'un enfant du poids de 3.300 grammes qui, né en état de mort apparente, doit être ranimé.

Placenta inséré bas sur la face postérieure.

Sutures utérines au catgut. Fermeture de la paroi.

La femme et l'enfant quittent la Maternité en bonne santé le 8 décembre 1912.

Il est à remarquer dans cette observation que sans l'opération césarienne, on aurait eu certainement un enfant mort (souffrance du fœtus au début du travail).

OBSERVATION XVI

*Opération césarienne pour rétrécissement du bassin
et insertion basse du placenta (M. Rudaux).*

M. L..., vingt-cinq ans, I-pare.

Dernières règles du 13 au 16 avril 1912.

Entre à la Maternité de Boucicaut le 13 janvier 1913.

Hauteur utérine : 36 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique. Dos à gauche.

La tête est très mobile, non engagé, débordant la symphyse ; elle semble soulevée par le placenta inséré en arrière et en bas.

Faux promontoire accessible, distant du sous-pubis de 9 cmc. 5. L'angle sacro-vertébral n'est pas atteint.

16 janvier. — Rupture spontanée de la poche des eaux. Pas de contractions.

Se basant sur ses constatations antérieures (Bassin limité, faux promontoire, tête fœtale ossifiée, débordant la symphyse, insertion basse du placenta), M. Rudaux décide de pratiquer l'opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision verticale de la paroi utérine.

Extraction d'un garçon du poids de 3.140 grammes né étonné et ranimé assez difficilement.

Placenta inséré bas.

Sutures utérines au catgut. Fermeture de la paroi.

A part un abcès du sein, les suites opératoires sont normales.

L'enfant qui ne peut être nourri au sein maternel meurt vingt-neuf jours après l'accouchement.

CHAPITRE XIII

L'opération césarienne dans l'hémorragie rétro-placentaire

L'hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré, assez fréquente si l'on considère les petites hémorragies de faible importance ou les hémorragies du travail, est rare si l'on n'envisage que les cas graves menaçant la vie de la mère et de l'enfant.

Les causes en sont connues et nous savons qu'il faut faire une place prépondérante à l'endométrite, le plus souvent d'origine albuminurique ; cette constatation a son importance au point de vue chirurgical.

Le pronostic est grave pour la mère, très grave même lorsque l'hémorragie est abondante.

Le pronostic fœtal est plus grave encore ; sur 51 observations publiées par Lévy dans sa thèse, il constate 48 morts d'enfants.

Aussi dans ces grandes hémorragies que nous envisageons surtout, le pronostic fœtal est peu à considérer dans la conduite à tenir ; le plus souvent le fœtus a succombé du fait de l'hémorragie rétro-placentaire.

Les symptômes cardinaux de cette complication sont la douleur, les signes généraux d'hémorragie interne, l'augmentation de volume de l'utérus et les modifications de sa consistance qui devient dure.

En présence de symptômes généraux graves sans hémorragie externe importante, il faut toujours penser à l'hémorragie rétro-placentaire.

Quelle est la *conduite à tenir* ?

Toutes les hémorragies par décollement prématuré du placenta normalement inséré n'exigent pas un traitement chirurgical d'urgence et Lévy dans sa thèse a montré que dans les 51 cas qu'il a observés, plus de la moitié n'avaient demandé aucune intervention. Dans la moitié restante, les deux tiers n'avaient nécessité qu'un traitement obstétrical (rupture des membranes).

Tout dans la conduite à tenir dépendra de l'état général de la femme et de la gravité des symptômes d'hémorragie qu'elle présente.

S'il est possible d'attendre, la rupture artificielle des membranes devra être pratiquée ; elle peut suffire à arrêter l'hémorragie.

Si elle est impuissante, on pourra essayer de terminer rapidement l'accouchement en dilatant le col selon la méthode manuelle ou instrumentale, ou mieux par l'application de ballons.

Dans les cas seulement où la rupture des membranes ne suffit pas, où la gravité de l'hémorragie oblige à agir vite, où il faut le plus rapidement possible vider l'utérus, on aura recours à l'opération

césarienne et M. Couvelaire, au Congrès de Berlin, a montré que *la césarienne abdominale* était la méthode de choix.

Elle satisfait aux deux indications importantes :

- 1^o Vider l'utérus ;
- 2^o Examiner l'état de la paroi utérine.

M. Couvelaire a montré en effet que l'hémorragie rétro-placentaire détermine une infiltration de la paroi utérine, véritable apoplexie utéro-placentaire.

Il faut soigneusement vérifier l'état de la paroi utérine, s'assurer que les lésions qu'elle présente ne sont pas incompatibles avec la solidité du muscle utérin.

S'il y avait le moindre doute à cet égard, la césarienne devrait être mutilatrice.

La césarienne vaginale a été toutefois pratiquée dans quelques cas d'hémorragie rétro-placentaire, en Allemagne surtout.

Elle trouverait ses indications, d'après M. Lequeux, « lorsque la femme est infectée, l'œuf ouvert ou l'hémorragie de date ancienne ».

La plus grosse objection que l'on puisse faire à son emploi est qu'elle ne permet pas un examen méthodique de la paroi utérine.

Nous pouvons résumer ainsi les indications de l'opération césarienne dans l'hémorragie rétro-placentaire

- 1^o L'opération césarienne est indiquée quand l'hémorragie, par son intensité, détermine des phénomènes généraux graves qui mettent la vie de la femme

en danger d'une façon si immédiate que l'on ne peut avoir recours pour terminer l'accouchement à aucune autre méthode obstétricale ;

2° L'intervention de choix est l'opération césarienne abdominale ;

3° Elle doit être suivie d'une exploration attentive de la paroi utérine et en cas de lésions, doit être complétée par une hystérectomie.

OBSERVATION XVII

Hémorragie rétro placentaire. — Opération césarienne mutilatrice (M. Potocki).

J. D..., trente ans, II-pare.

Première grossesse en 1911 ; accouchement prématuré à sept mois ; enfants mort.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 18 au 22 septembre 1915.

La femme a consulté deux fois pendant sa grossesse, la dernière fois au septième mois ; les urines étaient normales.

17 mai 1916. — La femme perd brusquement du sang et a une syncope ; elle arrive à la Maternité de Saint-Antoine à 10 heures du matin.

Femme très pâle, mais répondant aisément aux questions posées.

Hauteur utérine : 36 centimètres.

Tête en bas. Pas de bruits du cœur fœtal.

La femme ne perd plus de sang.

Le col est long, perméable à l'orifice externe. Le travail n'est pas commencé. La femme se sent mieux.

L'utérus n'est pas douloureux, de consistance molle, sans contractions.

A 11 heures du matin, la femme est prise de nausées brusques, sans vomissements.

Elle accuse une sensation de chaleur brusque, générale, avec sueurs abondantes de la face et du tronc.

L'état général s'aggrave subitement.

Au palper l'utérus semble augmenter de volume. H. U : 38 centimètres,

Le palper et devenu douloureux, l'utérus est en état de contracture permanente.

Léger suintement de sang par le vagin.

Urines recueillies à la sonde très albumineuses.

Le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire est fait. On n'entend pas les bruits du cœur.

Etant donnée la gravité de l'état général de la femme dont on sent à peine le poulx, étant donnée l'impossibilité de terminer rapidement l'accouchement par la voie basse, M. Potocki décide de pratiquer une hystérectomie.

Laparotomie. Pas de sang dans l'abdomen.

L'utérus présente sur la face latérale gauche et sur une étendue d'une paume de main environ une ecchymose bleuâtre qui tranche nettement sur la coloration violacée du reste de l'utérus.

Hystérectomie subtotale.

L'utérus entier pesait 2.050 grammes.

La femme a présenté une phlegmatia le dix-neuvième jour. Elle sort guérie de l'hôpital.

CHAPITRE XIV

L'opération césarienne pour procidence du cordon

La procidence du cordon est, parmi les complications du travail, l'une des plus graves qui puisse menacer la vie du fœtus.

D'après les statistiques de la clinique Baudelocque, la mortalité fœtale, dans les cas de procidences irréductibles, est de 42 o/o.

La procidence du cordon se produit quand le segment inférieur n'est pas intimement appliqué sur la partie fœtale engagée ; dans ce cas le cordon peut s'insinuer au-dessous de l'anneau de contraction et descendre plus ou moins bas.

Ces conditions se trouvent réalisées chez les multipares surtout, l'accommodation se faisant plus difficilement ; elles se trouvent réalisées dans les rétrécissements du bassin qui, en retenant la tête au détroit supérieur, empêchent l'anneau de contraction de s'appliquer sur la tête fœtale.

L'une des causes importantes de la procidence du cordon est donc le rétrécissement du bassin et nous verrons que cette coexistence de deux complica-

tions est une indication de plus d'opération césarienne.

M. Potocki étudiant les indications plus étendues de l'opération césarienne montrait déjà en 1908 que la procidence du cordon était justiciable de la section utérine quand elle était irréductible.

Cela est le premier point sur lequel nous devons insister.

La procidence du cordon doit être *irréductible* et l'on ne se décidera à la césarienne que dans la mesure où les tentatives de rétropulsion du cordon auront échoué et où l'expectation mettra les jours de l'enfant en danger.

M. Couvelaire a publié en 1909 deux observations de césariennes pour procidences du cordon et a étudié la question de savoir dans quelle mesure on peut demander à l'opération césarienne l'amélioration du pronostic de la procidence du cordon dans les bassins viciés.

Ce pronostic est extrêmement grave puisque dans 26 observations retenues par cet auteur, la mortalité foétale a atteint 32 o/o.

Cinq fois sur six dans les cas de procidence irréductible, la mort du fœtus a été la conséquence de l'impossibilité où l'on s'est trouvé de soustraire efficacement le cordon à la compression en attendant que la dilatation soit assez avancée pour permettre l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

Nous reproduisons les conclusions de M. Couvelaire :

« 1° L'irréductibilité de la procidence quelle que soit la disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel, constitue une indication de la section césarienne.

2° La possibilité de réduire le cordon et de le soustraire à la compression supprime les indications particulières tirées de l'existence d'une compression funiculaire prolongée.

3° Dans les cas où il y a disproportion entre la tête et le bassin, la césarienne précoce paraît actuellement préférable à la symphyséotomie tardive, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. »

M. Couvelaire insiste sur toutes les garanties dont il faut s'entourer et il ajoute que le risque d'extraire un enfant mort ou irrémédiablement compromis doit toujours hanter l'esprit de l'opérateur.

Dans une nouvelle communication à la Société d'Obst. Gyn. et Péd. (mars 1909), M. Potocki a repris l'étude des indications de l'opération césarienne dans la procidence irréductible du cordon.

Il montre que, même lorsqu'il y a coexistence de la procidence du cordon et du rétrécissement, c'est l'état de dilatation insuffisant du col empêchant l'extraction immédiate du fœtus et non le rétrécissement qui détermine la mort si fréquente du fœtus.

Par conséquent les mêmes indications sont applicables aux cas de procidences irréductibles sans angusties pelviennes évidentes.

C'est cette *insuffisance de dilatation* qui condamne

l'accoucheur à rester impuissant, s'il ne se décide pas à pratiquer une opération césarienne.

Rappelant le chiffre de mortalité fœtale de 32 o/o dans la procidence, il rappelle que c'est précisément celui de la mortalité du fœtus extrait par les voies naturelles dans les rétrécissements moyens du bassin pour lesquels on pratique l'opération césarienne à indications relatives.

Y a-t-il lieu d'étendre plus loin les indications de la césarienne dans la procidence du cordon ?

Le pronostic fœtal, dans les *procidences réductibles* est encore sévère, puisque la mortalité est de 18 o/o.

Nous avons vu en étudiant les indications de l'opération césarienne pour souffrance du fœtus, la règle qui doit être suivie ; c'est celle que nous suivrons encore si, malgré la rétropulsion du cordon, l'enfant continue à souffrir.

Il faudra par une auscultation fréquente des bruits du cœur fœtal se rendre compte des modifications non pas passagères mais durables qu'ils peuvent présenter ; on se basera sur ces constatations pour décider l'intervention.

Mais il ne faudra pas opérer trop tôt, il faudra se rappeler que dans les 17 cas rapportés par M. Couvelaire où le cordon avait été rétropulsé, quatorze fois l'accouchement s'est terminé spontanément et onze fois l'enfant est né vivant.

Il ne faudra pas non plus opérer tard, se souve-

nant que trois fois dans les 14 cas envisagés, l'enfant vint mort.

Il faut donc qu'au moment de l'intervention, les bruits du cœur, bien que présentant des modifications notables et durables, soient encore nettement perçus, pour ne pas être exposé à extraire par césarienne un enfant mort.

En résumé, l'indication de la section césarienne peut se poser dans les procidences du cordon irréductibles.

Elle doit être pratiquée aussitôt le diagnostic de l'irréductibilité établie.

L'opération césarienne a une indication relative dans les procidences du cordon réductibles ; là encore les progrès réalisés dans la technique de la césarienne permettront peut-être d'étendre les indications.

Dans ce cas, la réduction manuelle de la procidence étant pratiquée, et un ballon de Champetier étant posé pour hâter la dilatation, on surveillera attentivement la femme, en auscultant souvent pour se rendre compte de l'état des bruits du cœur fœtal.

Dès les premières modifications durables observées, on pourrait pratiquer l'opération césarienne sans attendre que les bruits du cœur se soient tellement modifiés que l'intervention devienne trop tardive.

OBSERVATION XVIII

Opération césarienne tardive pour procubitus du cordon chez une primipare âgée (M. Lepage) (observation déjà publiée à la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd.) (1909).

X..., I-pare, trente-cinq ans. Dernières règles du 4 au 6 juillet.

Entre à la Maternité de Boucicaut le 27 avril 1909 à 3 heures du matin ; ayant des douleurs et ayant perdu les eaux, dit-elle, le 24 avril.

On constate à son arrivée une présentation de l'extrémité céphalique, tête engagée, dos à gauche, hauteur utérine : 40 centimètres. Col en voie d'effacement.

27 avril, 8 heures matin. — Dilatation de 50 centimes. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. La femme continue à souffrir pendant toute la journée.

28 avril, 9 heures matin. — Dilatation de 5 francs. Poche des eaux intacte ; il s'agit d'une poche des eaux secondaire, car la veille on avait nettement constaté que les membranes étaient rompues.

La tête est élevée, mais semble amorcée au détroit supérieur ; elle ne paraît pas déborder la symphyse pubienne. Le promontoire est difficilement accessible à 11 centimètres.

Midi. — Rupture spontanée de la poche des eaux. Dilatation d'une petite paume de main. Liquide jaune verdâtre.

Température 37°5. Pouls 84.

6 heures soir. — Les bruits du cœur fœtal sont moins bons. M. Lepage constate que l'angle sacro-vertébral est élevé, difficilement accessible. Il lui semble qu'une application de

forceps pourra entraîner la tête. Deux applications sont faites sans résultat.

Il se produit à ce moment un procubitus du cordon que l'on peut amener à la vulve. M. Lepage décide de faire une opération césarienne.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

Incision utérine. Placenta inséré en avant.

On constate une déchirure du péritoine au niveau de la face antérieure du segment inférieur, elle est suturée.

Extraction d'un enfant du poids de 3.500 gr. qui ne crie que trois minutes après des manœuvres respiratoires.

Sutures à la soie. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales. La femme quitte le service en bon état le 20 mai, allaitant son enfant qui pèse 4 kilos.

CHAPITRE XV

Technique opératoire

Les indications de la césarienne étant posées, quelle technique opératoire devons-nous employer.

Deux voies principales d'abord sur l'utérus sont possibles.

1° *La voie abdominale.*

2° *La voie vaginale.*

1° *La césarienne abdominale classique* nous semble être, dans l'immense majorité des cas, la technique de choix.

Les césariennes extrapéritonéales pratiquées selon différents procédés ont pour but de conserver les avantages de la voie abdominale en éliminant les risques d'infection du péritoine ; ce sont des opérations assez compliquées, qui sont peu entrées dans la pratique et qui, d'ailleurs, en cas d'infection, risquent d'ensemencer le tissu cellulaire sous-péritonéal.

2° *La césarienne vaginale*, selon la méthode de Dührssen, consiste essentiellement « dans l'ouverture des deux culs-de-sac vaginaux, le décollement de la vessie et du péritoine et dans l'incision de la

paroi utérine par deux incisions médianes, antérieure et postérieure, jusqu'à l'insertion de la séreuse ».

Nous ne voulons pas reprendre ici la discussion sur la valeur comparative de la césarienne abdominale et de la césarienne vaginale.

Les risques d'infection seraient moindres dans la césarienne vaginale, mais il paraît bien établi maintenant que l'on ne doit pas plus y recourir qu'à la césarienne classique quand l'utérus est infecté.

Les risques d'hémorragie seraient moins sérieux dans la section basse parce que l'on incise le segment inférieur moins vascularisé que le corps de l'utérus ; mais l'argument peut être retourné et l'on peut dire que le corps, plus riche en éléments musculaires, réussit mieux à établir l'hémostase.

La césarienne vaginale offrirait le grand avantage de rendre l'accouchement aussi semblable que possible à la parturition physiologique (1), mais pas plus que la césarienne abdominale, elle ne soustrait l'utérus à l'existence d'une cicatrice.

Cette tare cicatricielle, qu'elle porte sur le corps de l'utérus ou sur le segment inférieur, reste le gros danger de l'opération césarienne dont elle limite les indications.

1. Rapport de M. Jeannin à la Société obstétricale de France.

CHAPITRE XVI

Considérations générales

Nous venons de passer en revue des indications multiples de l'opération césarienne.

Nous avons essayé de montrer que toutes n'ont pas la même valeur et il faut bien songer, avant de pratiquer une section utérine, que l'accouchement chirurgical doit être l'exception.

« Nous devons avoir toujours présent à l'esprit, écrit très justement Whithridge Williams, qu'il ne faut recourir à la césarienne que quand la nature a échoué dans son effort et c'est le devoir de l'accoucheur conservateur de limiter son intervention à l'intérêt de ses patientes et de ne pas en être détourné par l'attrait d'une opération facile. »

Deux arguments principaux nous empêchent encore d'étendre trop loin les indications de l'opération césarienne.

C'est tout d'abord le *danger réel* que fait courir à la mère la section utérine, danger qui diminue chaque jour, mais dont il faut encore tenir compte.

C'est ensuite l'*avenir obstétrical* de toutes ces femmes, qui sont de véritables balafrees de l'utérus.

La césarienne n'est pas encore une opération qui peut être répétée très souvent ; tôt ou tard elle peut mener à la stérilisation, parce qu'elle crée sur l'utérus une zone de moindre résistance dont nous avons rappelé toute l'importance.

En étudiant quelques indications plus étendues de l'opération césarienne, nous avons souvent cherché dans quelle mesure l'existence de l'enfant menacée pouvait être sauvegardée par la section utérine.

Mais ce serait mal comprendre l'avenir de la race que de compromettre les grossesses ultérieures possibles d'une femme pour lui donner un enfant dont l'existence est parfois trop précaire pour être assurée.

Dans l'état actuel de la science, nous devons encore être très réservés dans le choix des indications opératoires.

Mais la chirurgie ne fait-elle pas chaque jour des progrès considérables ?

Ne pouvons nous envisager une époque peut-être proche où la technique de l'opération césarienne devenue parfaite nous délivrera du souci de la mortalité maternelle et de la tare cicatricielle de l'utérus incisé ?

Ayant la conviction absolue que ce progrès sera réalisé, nous avons cherché à étudier dans quelle mesure il serait possible d'étendre les indications de la section utérine.

CONCLUSIONS

1° Les indications de l'opération césarienne ne sont pas limitées exclusivement aux rétrécissements du bassin ;

2° L'opération césarienne peut tirer son indication des dystocies consécutives aux opérations antérieures pratiquées sur l'utérus (hystéropexies, amputations du col) ;

3° Les malformations utérines, les rétrécissements congénitaux ou surtout cicatriciels du col utérin peuvent créer une dystocie qui nécessite l'opération césarienne ;

4° La section utérine est indiquée comme traitement prophylactique de la rupture imminente de l'utérus ;

5° L'opération césarienne peut être nécessaire quand la rigidité cicatricielle du col utérin crée un obstacle infranchissable au fœtus ;

6° L'opération césarienne pour éclampsie a été assez souvent faite en Allemagne, rarement en France ; il semble actuellement que le traitement médico-obstétrical donne des résultats aussi satisfaisants, sinon meilleurs ;

7° Quelques opérations césariennes ont été pratiquées pour excès de volume du fœtus, chez des multipares dont les accouchements antérieurs avaient été dystociques, dans un but prophylactique.

Les indications résultent de la longueur du travail et des accidents qui peuvent en être la conséquence, de l'impossibilité de terminer l'accouchement par une simple manœuvre obstétricale, de la menace d'une complication grave, telle que la rupture utérine ;

8° Dans l'état actuel de la science, la souffrance du fœtus est une indication discutable de la section utérine. Quelques interventions ont été pratiquées dans ce cas chez des femmes ayant un bassin légèrement rétréci ou qui, âgées, manifestaient nettement le désir d'avoir un enfant vivant ;

9° L'opération césarienne a été pratiquée dans la présentation de la face et surtout dans la présentation persistante du front ; elle paraît indiquée lorsque, la dilatation ne progressant pas, l'enfant souffre, ou bien lorsqu'il y a menace de rupture utérine ; dans ce cas, il y a presque toujours léger rétrécissement du bassin.

10° Les indications de l'opération césarienne dans le placenta prævia sont assez limitées ; l'insertion basse du placenta nécessite surtout un traitement obstétrical qui ménage la fonction ; le traitement chirurgical doit-être exceptionnel et réservé aux cas d'hémorragie grave, quand la thérapeutique obstétricale ne peut donner son plein effet (dystocies

complexes avec rigidité du col ou rétrécissement du bassin) ;

11° L'hémorragie rétro-placentaire peut nécessiter l'opération césarienne. L'intervention est indiquée quand l'hémorragie détermine des phénomènes généraux graves qui mettent la vie de la femme en danger d'une façon si immédiate que l'on ne peut avoir recours, pour terminer rapidement l'accouchement, à aucune autre méthode obstétricale.

Le procédé opératoire indiqué est la césarienne abdominale ; elle doit être suivie d'une exploration attentive de la paroi utérine et, en cas d'infiltration hémorragique étendue du muscle utérin, complétée par une hystérectomie.

12° L'opération césarienne a été pratiquée dans quelques cas de procidence irréductible du cordon ; les indications sont l'irréductibilité de la procidence, l'insuffisance de la dilatation et souvent la coexistence d'un léger rétrécissement du bassin ;

13° Dans ces différents cas, la méthode opératoire de choix est le plus souvent la césarienne abdominale ; la césarienne vaginale a des indications exceptionnelles ;

14° Toutes ces indications de l'opération césarienne ne doivent actuellement être posées qu'avec beaucoup de prudence et de réserve.

La section utérine fait encore courir à la femme des dangers réels et dans une certaine mesure elle compromet son avenir obstétrical, en créant sur l'utérus une tare cicatricielle.

Les progrès de la chirurgie, en permettant de réaliser à plus ou moins brève échéance une technique opératoire parfaite de l'hystérotomie, supprimeront ces risques et permettront un jour de poser des indications plus étendues de l'opération césarienne.

Vu : le Président de la thèse

COUVELAIRE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert.* — Indications de la césarienne en dehors des bassins rétrécis (Revue méd. de la Suisse romande, 1917).
- Audebert et Gilles.* — Opération césarienne (Soc. d'Obst. de Toulouse, 4 nov. 1910).
- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Bar et Commandeur.* — De la pathogénie et du traitement de l'éclampsie puerpérale (L'Obstétrique, 1911).
- Baker.* — Etude des cicatrices de la césar. (Journ. of the Am. med. ass., 1917).
- Bonnaire.* — Vingt opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lariboisière (Presse médicale, 5 octobre 1907).
- Bovis (de).* — Traitement chirurgical du placenta prævia. Est-il justifié? (Semaine médicale 1911).
- Brindeau.* — Cas de césarienne vaginale (Société d'Obst. de Paris, 1906 et 1907).
- Burnier.* — L'opération césarienne. Ses procédés, ses indications, ses résultats à la Maternité de Lausanne. Thèse de Lausanne, 1912.
- Champetier de Ribes.* — Traitement du placenta prævia (Soc. Obst. Gyn., mars 1911).
- Couvelaire.* — Procidences du cordon et viciations pelviennes. Indications de l'opération césarienne (Ann. Gyn. et Obst., janvier 1909).
- Traitement chirurg. des hémorragies utéro-placentaires (Ann. Gyn. Obst., octobre 1911).

- Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode (Rapport à la Société obstétricale de France 1909).
- Introduction à la chirurgie utérine abdominale.
- Rapport au Congrès de Berlin, 1912.

Da Costa. — Rapport sur les indications de l'opération césarienne et sa technique. Congrès international de médecine. Lisbonne, 1906.

Démelin. — Le segment inférieur. Thèse de Paris, 1888.

Doléris. — De l'opération césarienne. Rapport au Congrès de Saint-Petersbourg, sept. 1910, dans la Gynécologie, (février 1911).

Fabre. — Césarienne vaginale pour décollement placentaire (Lyon méd. octobre 1906).

Fournier. — Indication et technique de la césarienne vaginale dans les dystocies du col. (Soc. obst. de Toulouse, in Archives mensuelles d'Obst. et de Gyn., novembre 1912).

Fry. — Césarienne vaginale pour l'éclampsie (Ann. Journ. of obst., septembre 1907).

Gabory. — Procidence du cordon. Opération césarienne. Thèse de Paris, 1909.

Hartmann. — Opérat. césar. pour rétrécissement du vagin (Soc. Obst. Gyn., juillet 1908).

Jeannin (Cyrille). — Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice (Progrès médical, 17 décembre 1910).

- Les méthodes atypiques de césarienne (Rapport à la Société obstétricale de France, 1909).
- Technique de la césarienne abdominale (Presse médicale, août 1913).

Labusquière. — Revue générale sur le traitement chirurgical du placenta prævia (Annales de Gyn., juillet et août 1910).

Le Lorier. — Dix-neuf observations de césarienne tardive (L'Obstétrique, 1911).

- Lepage.* — Opération césarienne tardive pour procubitus du cordon (Soc. Obst. Gyn. et Péd., juin 1909).
- Opération césarienne pour excès de volume du fœtus (Société d'Obst. de Gyn. et Péd., mars 1911).
 - Traitement du placenta prævia (Congrès de Berlin, 1912).
 - Opération césarienne pour dystocie créée par une hystéropexie (Annales Gyn. et Obst., 1917).
- Lévy.* — Hématome rétro-placentaire. Thèse de Paris, 1911-1912.
- Mouchotte* — Quatorze opérations césariennes conservatrices (Annales Gyn. et Obst., 1908).
- Traitement du placenta prævia. Statistique de la clinique Baudelocque (Annales Gyn. et Obst. 1910).
 - Opération césarienne pour présentation persistante du front (Soc. Obst. et Gyn. 1908).
- Montel.* — Le shock consécutif aux accouchements de gros enfants. Thèse de Paris, 1909.
- Neveu.* — Procidence du cordon et opération césarienne Thèse de Paris, 1909.
- Oui.* — Hystéropexie et opération césarienne (Congrès d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Rouen, 1904).
- Panel.* — L'opération césarienne conservatrice Thèse de Montpellier, 1911.
- Péterson.* — César. vag. comme traitement de l'éclampsie (Amer. Journ. of obst., juillet 1911).
- Pinard.* — Opération césarienne pour présentation persistante du front (Soc. Obst., Gyn., 1909).
- Discussion des rapports sur l'opération césarienne (Soc. Obst. de France, 1909).
- Potocki.* — Y a-t-il lieu d'étendre les indications de l'opération césarienne (Communication à la Société d'Obst., octobre, 1908).
- Procidence du cordon et opération césarienne (Soc. Obst. Gyn. et Péd., février 1909).
- Porter.* — Parallèle de la cés. abdom. et vag. (Amer. Journ. of obst., nov., 1909, t. IX, p. 896).

- Pozzi.* — Césarienne pour rétrécissement du vagin (Soc. Obst. Gyn., juillet 1908).
- Risser.* — La césarienne vaginale. Thèse de Lyon, 1910.
- Routh.* — La césarienne en Angleterre (Journ. of obst. and gyn. of the british Empire, janvier, 1911, n° 1).
- Césarienne et Hystéropexie (Britisch. méd. Journ., janv. 1911).
- Rudaux.* — Excès de volume du fœtus et opération césarienne (La Clinique, mars 1909).
- Ribemont. Dessaignes et Lepage.* — Précis d'obstétrique.
- Stein.* — Placenta prævia et cés. vaginale (Journ. of. med. Assoc., 1909, p. 1395).
- Tarnier et Budin.* — Traité des accouchements.
- Webster.* — César. abd. et vag. comme procédé d'accouchement forcé (Amer. Journ. of obst., juillet 1903 et juin 1904).
- Wilhelm.* — Les Hystérotomies vaginales en obstétrique. Thèse de Paris, 1913.
- Wallich.* — Les phénomènes de shock consécutifs à l'accouchement des gros enfants (Soc. Obst. Gyn. et Péd., mars 1911).
- Williams.* — L'abus de la césarienne (Annales de Gyn. et d'Obs. 1917).